A Monsieur le Dr Vulpian
Doyen de la Faculté
Hommage de Mme Vve Isambert
à la Faculté de Médecine de Paris

CONFÉRENCES CLINIQUES

SUR LES

MALADIES DU LARYNX

ET DES PREMIÈRES VOIES

DU MÊME AUTEUR

Thèse inaugurale : Études chimiques, physiologiques et cliniques sur l'emploi thérapeutique du chlorate de potasse, spécialement dans les affections diphthéritiques.

Mémoire sur les affections diphthéritiques, observées à l'hôpital des Enfants en 1855. (Couronné par la Faculté.)

Mémoire sur la carnification du poumon, en collaboration avec M. Ch. Robin. (Société de Biologie, 1855.)

Note sur un cas de sclérose du cerveau. (Société de Biologie, 1855.)

Mémoire sur un cas de leucocythémie, en collaboration avec M. Ch. Robin. (Société de Biologie, 1856.)

Note sur la pathologie de l'Égypte. (Société de Biologie, 1857.)

Note sur un nouveau cas de leucocythémie. (Société de Biologie, 1851.)

Note sur un cas de sclérème chez un enfant de treize mois. (Soc. méd. des Hop., 1863.)

Thèse d'agrégation : Parallèle des maladies générales et des maladies locales. Paris, 1866.

Itinéraire descriptif, historique et archéologique de l'Orient. 1re et 2e édition.

Article *Leucocythémie* in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Typographie Lahure, rue de Fleurus, 9, à Paris.

CONFÉRENCES CLINIQUES

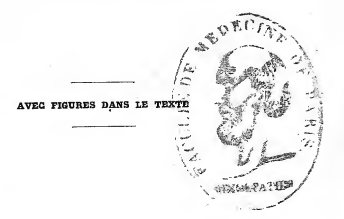
SUR LES

MALADIES DU LARYNX

ET DES PREMIÈRES VOIES

PAR LE Dr ISAMBERT

AGRÉGÉ LIBRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE
CHEF DU SERVICE LARYNGOSCOPIQUE DU BUREAU CENTRAL



AVEC FIGURES DANS LE TEXTE

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

M DCCC LXXVII



AVANT-PROPOS

Le livre que nous offrons aujourd'hui au public est un recueil de morceaux détachés, où sont abordés, parfois même approfondis, certains points importants de la pathologie du larynx. Le lecteur éprouvera un grand intérêt à parcourir ces pages, empreintes d'un vif sentiment de la réalité, et où tant de vues ingénieuses et de descriptions précises sont présentées sous une forme claire et attrayante; il y récoltera beaucoup d'enseignements qu'il chercherait peut-être en vain dans de plus volumineux ouvrages. Mais il ne doit pas s'attendre à trouver ici un édifice

terminé; il y rencontrera des pierres soigneusement taillées, des fûts de colonnes artistement sculptés, et il aura même le plaisir de faire des trouvailles imprévues au milieu des blocs épars de ce monument inachevé; mais il ne pourra jouir de la belle ordonnance qui devait les relier en un tout harmonieux et solide. Pourtant, en y mettant quelque attention, on retrouve les fortes assises sur lesquelles l'édifice devait s'élever, on en conçoit le plan, on en devine l'ensemble, et l'on déplore le sort cruel qui en a fait brusquement disparaître l'auteur.

Isambert, pourtant, n'est pas mort très-jeune: il avait quarante-neuf ans, et c'est un âge où, dans presque toutes les carrières, on a pu déjà donner sa mesure. Dans la nôtre, il n'en est pas ainsi; les travaux de science et de théorie peuvent être le fruit heureux des jeunes années, mais les études cliniques, les observations personnelles, exigent une maturité d'esprit, une intime fréquentation du malade, une pleine possession de l'art, que peut seule donner l'expérience, et qui sont la compensation tardive

des jours écoulés et de la vieillesse prochaine.

D'ailleurs, Isambert avait commencé tard la médecine, et jamais il n'avait tout à fait délaissé les goûts de sa première jeunesse : dans le médecin survivait encore le voyageur, l'artiste, le dilettante, et les penchants divers de sa nature complexe étaient si bien fondus ensemble, qu'au lieu de se nuire et de se combattre, ils se prêtaient un mutuel appui. Ajoutons qu'Isambert avait suivi la grande voie des concours ; ce n'est pas au sortir de l'internat, et quand son éducation médicale était encore incomplète, mais lorsqu'il était déjà médecin des hôpitaux et professeur agrégé à la Faculté, qu'il a commencé à étudier spécialement les maladies du larynx. Rompu à cette forte discipline, abreuvé aux sources vives de la grande pathologie, il était armé des instruments de travail les plus sûrs et les mieux éprouvés et il pouvait aborder résolûment les difficiles problèmes qui s'imposaient à lui dans cette nouvelle étude. Le chemin parcouru était long sans doute, et plus d'un peut-être l'eût trouvé trop ardu; mais nul ne l'estimera inutile. Qui ne sait com-

bien toutes les qualités de l'esprit et toutes les ressources de la science sont indispensables à qui veut éclairer d'une vraie lumière le point le plus limité de la médecine!

On ne saurait trop se pénétrer de cette pensée que la culture générale de l'intelligence, que les études les plus complètes et les plus variées donnent à l'esprit un ressort, une vigueur, une souplesse incomparables. On peut être un médecin distingué, un savant de valeur incontestable, en se cantonnant dans un champ restreint; mais les lacunes sont toujours sensibles et le spécialiste le plus instruit, le mieux informé des détails de sa spécialité, manquera toujours de cette largeur de vues, de cette étendue d'esprit, qui permettent de rattacher aux grandes lois pathologiques les faits épars qu'il aura pu recueillir. Le développement général de l'intelligence permet seul de mettre chaque chose à son rang, de ne pas faire disparaître l'ensemble derrière la partie, la maladie derrière la lésion.

Isambert possédait les qualités de généralisation qui nous paraissent si précieuses, et le lec-

teur aura sans cesse occasion de s'en apercevoir. Mais ce n'est pas là seulement, ce n'est pas là surtout ce qui imprime un cachet original, ce qui donne une saveur particulière aux pages que nous publions. Il est assez singulier de parler d'esthétique et de peinture à propos d'une œuvre médicale; il ne semble pas que les qualités du dilettante soient bien nécessaires au savant. Mais, par une heureuse fortune, elles étaient ici indispensables, et Isambert les possédait à un éminent degré. En décrivant les maladies du larynx, il faut constamment décrire des formes et des couleurs, et nul n'était plus apte que lui à rendre sensibles dans leurs moindres détails les lignes les plus ténues, les nuances les plus délicates des objets qu'il avait sous les yeux. Aussi savait-il donner à ses descriptions une couleur, un relief, qui charmaient ses auditeurs et enfonçaient profondément dans leur esprit le souvenir des choses dont il leur parlait. Le lecteur ne trouvera ici qu'une image un peu effacée des grandes qualités de parole qui séduisaient ses élèves, mais il goûtera encore le charme des ta-

bleaux achevés qui passeront sous ses yeux, et il reconnaîtra sans hésiter les lésions que lui montrera le laryngoscope d'après l'image vivante qui sera restée dans sa mémoire. C'est là, sans contredit, un mérite tout personnel, qui ne sera pas ravi à Isambert, et nous ne craignons pas de dire que pour faire aussi bien que lui il faudra le copier.

Mais la valeur artistique de son œuvre eût été fort amoindrie, si sa valeur scientifique ne l'eût soutenue et agrandie. Le vaste cadre dans lequel il se proposait d'enfermer ses brillantes descriptions en devait encore relever l'éclat.

C'est une erreur singulière que de tracer l'histoire des maladies d'un organe sans les rattacher à celles de l'organisme entier, et de croire qu'on a fait assez quand on a décrit avec exactitude des altérations morbides que rien ne relie à l'ensemble de la pathologie. Il faut au contraire éclairer le point unique qu'on étudie de toutes les lumières de l'anatomie, de la physiologie, de l'hygiène, de la pathologie; montrer le lien qui enchaîne l'organe à l'organisme, et faire sentir l'action

des causes les plus diverses sur le fonctionnement régulier d'un seul organe.

Le vrai médecin doit étudier la structure, le développement, les altérations, apportés par l'âge, et faire la part des circonstances extérieures, des constitutions médicales, des épidémies, sources diverses des maladies aiguës. Il doit encore tenir compte du milieu dans lequel vit le malade, de ses habitudes, de ses vices, origine des diathèses acquises, comme les habitudes et les vices des ascendants sont l'origine des diathèses héréditaires. Ce long travail terminé, il doit faire comprendre comment agissent ces causes multiples qui, tantôt isolées, tantôt réunies, affectent diversement l'organe, et comment à son tour réagit sous leurs coups l'organe frappé par elles dans son fonctionnement régulier.

Ces grandes lois une fois établies, il devient facile de comprendre pourquoi l'organe d'un rhumatisant réagit autrement que celui d'un scrofuleux, l'organe d'un cancéreux autrement que celui d'un alcoolique, l'organe d'un syphilitique autrement que celui d'un dartreux, et pour-

quoi les mêmes causes banales font naître ici un herpès, là une ulcération superficielle ; chez l'un, une lésion aiguë et facilement curable, chez l'autre, une lésion chronique qu'aucun agent thérapeutique ne parviendra à guérir.

Tel était le vaste plan que s'était tracé Isambert, et le lecteur pourra se rendre compte des idées générales qui devaient présider à son œuvre en parcourant le tableau dans lequel il classe toutes les angines :

1° Angines simples ou locales (sous l'influence de causes banales);

2° Angines localisées ou secondaires (sous l'influence d'une maladie générale) ;

3° Processus non inflammatoires (tumeurs bénignes et malignes) ;

4° Troubles de l'innervation (paralysies, spasmes).

On voit que, s'inspirant des beaux travaux de M. Bazin, il voulait faire pour les maladies du larynx ce que ce maître a fait pour les maladies de la peau, et que, même en ne remplissant qu'une partie de son programme, il a rendu

d'éminents services à ceux qui viendront après lui. Car cette méthode est si féconde que, dès sa première application, elle a permis à Isambert de faire une découverte rare en pathologie, celle d'une nouvelle forme morbide. Mais, pour en bien saisir la valeur, il faut se reporter en arrière et rappeler en peu de mots les débuts de la laryngoscopie.

Lors de l'application du laryngoscope aux recherches pathologiques, on fut extrêmement frappé des brillants résultats que donnait cet instrument pour l'extraction des tumeurs et des polypes du larynx.

Avant lui, il fallait ouvrir une voie nouvelle et sanglante pour les saisir et les enlever; avec son aide, au contraire, on pouvait pénétrer jusqu'à eux par les voies naturelles et, presque sans risques, en débarrasser les malades. C'était une révolution chirurgicale analogue à celle que la lithotritie avait apportée à l'extraction des calculs vésicaux. La chirurgie s'était enrichie d'un nouveau procédé opératoire, en même temps que d'un précieux moyen de diagnostic, et l'on ne

peut s'étonner de l'applaudissement unanime qui salua ce merveilleux début. Mais, ainsi qu'il arrive souvent, l'éclatant succès de l'instrument nouveau faillit le compromettre et voila quelque temps aux regards éblouis la plus grande part de son mérite.

Isambert, au début de ses recherches, s'occupa particulièrement des polypes du larynx, et une leçon tout entière est consacrée à ce sujet ; mais il ne tarda pas à s'apercevoir que les polypes n'avaient pas l'importance presque exclusive qu'on leur attribuait, et il reconnut vite que la proportion en était seulement de 3 ou 4 pour 100 dans la pathologie laryngée. C'était un premier pas, son grand sens médical lui en fit bientôt faire un second ; il constata que là comme ailleurs, l'état de l'organe est subordonné à celui de l'organisme, et qu'un grand nombre d'affections laryngées sont secondaires. Il s'attacha dès lors à l'étude des affections pharyngo-laryngées dans leurs rapports avec les maladies générales, et de cette étude sortirent son premier mémoire sur la *pharyngo-laryngite scrofuleuse*, dans

lequel il creusait cette importante question plus profondément qu'on ne l'avait fait avant lui ; puis, et surtout son mémoire sur la *tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée*. Ici, ce n'était plus seulement un travail plus complet, plus approfondi, plus détaillé sur une question déjà connue et étudiée, c'était une vue absolument originale, la découverte d'une localisation nouvelle de la tuberculose miliaire aiguë. Isambert sut en faire ressortir immédiatement toutes les conséquences théoriques et pratiques.

Une nouvelle forme morbide était ainsi constituée, le cadre nosologique était agrandi, et il ne sera plus permis désormais aux ouvrages classiques de passer sous silence la *tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée*.

Nous en avons dit assez, nous l'espérons du moins, pour faire comprendre au lecteur le but que se sont proposé les éditeurs de cet ouvrage.

Nous aurions pu sans peine, avec l'aide surtout des hommes compétents qui ont bien voulu nous offrir leur collaboration, compléter sur plusieurs points des descriptions un peu brèves,

combler des lacunes, achever en un mot l'œuvre commencée ; nous ne l'avons pas voulu. Nous avons pensé que notre rôle devait se borner à mettre de l'ordre dans les matériaux que nous possédions. C'est là le mérite de l'ouvrage que nous offrons au public, c'est ce qui lui donne toute sa valeur et son cachet spécial. Le lecteur a ainsi entre les mains une œuvre personnelle, originale, qui gardera son mérite propre, même quand des travailleurs nouveaux auront élargi le domaine de la science, et que le champ à peine ensemencé aujourd'hui sera couvert de riches moissons.

Je ne voudrais pas terminer ce court avant-propos sans remercier ici publiquement, au nom de Madame Isambert et de ses enfants, MM. les docteurs Ladreit de la Charrière et Deel, ainsi que notre excellent éditeur, M. Masson, pour le bienveillant concours qu'ils ont apporté à la publication de cet ouvrage posthume.

E. Cadet de Gassicourt.

CONFÉRENCES CLINIQUES

SUR LES

MALADIES DU LARYNX

ET DES PREMIÈRES VOIES

PREMIÈRE ET DEUXIÈME LEÇON

OBJET DU COURS — IMAGE LARYNGIENNE — MODE OPÉRATOIRE ET INSTRUMENTS

Sommaire. — Objet et limites de ce cours. — Utilité du laryngoscope. — Formation et analyse de l'image laryngée. — Procédé d'exploration, ses difficultés : langue, luette, amygdales, épiglotte; spasmes. — Rhinoscopie. — Appareils laryngoscopiques : 1° sources de lumière; 2° laryngoscopes par réflexion et par réfraction; 3° instruments d'exploration; 4° instruments de traitement.

Messieurs,

Nous sommes ici réunis pour étudier ensemble les *maladies du larynx*, ou, pour mieux dire, les maladies de l'organe vocal et des organes voisins, que l'on doit examiner au moyen du laryngoscope. Il existe, en effet, une telle connexion entre les premières voies

respiratoires et digestives qu'il est impossible de séparer dans la pratique les maladies qui les affectent, comme on le ferait dans un traité de pathologie théorique. Aussi, à côté des affections du *larynx*, on est à tout moment obligé de décrire celles du *pharynx*, des *fosses nasales*, de la *trompe d'Eustache*, et de la *bouche* qui accompagnent ou compliquent les premières.

Ce cadre serait beaucoup trop vaste pour être rempli dans le peu de temps dont nous disposons. Aussi éliminerons-nous toutes celles de ces affections qui ont été bien étudiées depuis longtemps et pour lesquelles le laryngoscope a très-peu de chose à nous apprendre : telles sont les *angines laryngées* et *pharyngées aiguës*, bien décrites partout. Tel est encore le *croup*, dont il existe de si excellentes descriptions depuis Bretonneau et Trousseau. Dans ces maladies, l'état douloureux des parties et souvent l'âge des malades ne permettent de recourir au laryngoscope que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles.

Nous préférons vous parler des types morbides dont le laryngoscope a renouvelé l'étude, surtout des maladies chroniques du larynx, sur lesquelles l'emploi de cet instrument a jeté un jour tout nouveau. Cependant les connaissances que nous avons sur ce sujet sont loin d'être complètes, la science est encore à faire : chaque jour apporte une pierre nouvelle à l'édifice de la pathologie laryngée! Aussi,

dans le cours des études que nous entreprenons, nous nous garderons de prendre le ton dogmatique et de poser des lois pathologiques absolues : les résultats que nous tâcherons de vous faire constater avec nous, nous ne les considérons que comme une contribution apportée à la connaissance de la pathologie laryngée. L'expérience et le temps pourront seuls consacrer les lois que nous chercherons à établir et combler les lacunes qui existent encore. Ainsi, les lésions du larynx dans les fièvres sont un sujet sur lequel nous avons encore à peu près tout à apprendre.

C'est donc, en résumé, un cours pratique de laryngoscopie que nous inaugurons.

Qu'est-ce d'abord que le laryngoscope? C'est un speculum, dans le sens étymologique du mot, c'est un miroir.

La première idée du laryngoscope appartient au chanteur Garcia, qui se proposait d'étudier les modifications du larynx dans la phonation et le chant. Mais il se servait d'instruments imparfaits; il employait le miroir des dentistes, et comme moyen d'éclairage, la lumière diffuse. Les résultats physiologiques auxquels il arriva furent de peu de valeur. Czermak (de Pesth) et Türck (de Vienne), chacun de leur côté, modifièrent l'instrument de Garcia, et l'appliquèrent avec succès à l'étude de la pathologie laryngée. Une question de priorité s'est élevée entre ces deux savants, morts aujourd'hui. Nous ne cher-

cherons pas à la résoudre ici. Reconnaissons les services qu'ils ont rendus tous les deux. Mackenzie cultiva avec éclat la laryngoscopie en Angleterre. En France, il fallut que Czermak vînt lui-même à Paris nous l'enseigner. Malgré cela, le nouveau mode d'exploration eut à lutter contre l'indifférence et la routine : il est un âge dans la vie où l'on n'aime pas à retourner à l'école ; il est des positions scientifiques où l'on n'aime pas à avouer son inexpérience ; le nombre de ceux qui se mettent franchement à étudier une méthode nouvelle est restreint ; il est plus commode de lui opposer de superbes dédains. Aussi la laryngoscopie rencontra-t-elle chez nous peu d'appui dans les sphères officielles et fut-elle abandonnée aux spécialistes de la ville. Cependant M. Cusco, un des premiers, encouragea cette étude, d'abord à l'hôpital du Midi, puis ici même, à l'hôpital Lariboisière.

Enfin, nous-même, en 1871, nous avons pu l'introduire dans les cliniques officielles de la Faculté, à la Charité, et dans les cours complémentaires des agrégés. C'est cet enseignement que nous voulons continuer ici ; car, à la routine, on ne peut opposer que la persévérance.

L'emploi du miroir dans les maladies du larynx a modifié complétement les données que l'on avait de la pathologie laryngée. Un nouveau chapitre de pathologie a été créé. Aussi n'est-il pas plus permis de parler désormais des maladies du larynx sans faire

usage du laryngoscope que de celles des yeux, sans l'ophthalmoscope, de celles de l'oreille sans l'otoscope, de celles de l'utérus sans le speculum, et même des maladies de poitrine sans parler du stéthoscope et du plessimètre.

C'est ce que l'on reconnaît généralement aujourd'hui, au moins dans les jeunes générations médicales. D'une façon générale, tout le monde admet la nécessité de l'emploi du miroir en pathologie laryngée, et votre présence ici prouve que, dès qu'une occasion d'études est offerte, il se trouve un public pour en profiter.

D'un autre côté, il faut avouer qu'on a exagéré le côté chirurgical de la laryngoscopie. On fut frappé tout d'abord des résultats brillants qu'elle a donnés pour l'extraction des tumeurs et polypes du larynx qui réclamaient autrefois des opérations sanglantes. Le traitement des polypes devint une véritable spécialité. Or, Messieurs, ces polypes n'existent que dans une proportion assez faible, relativement aux autres maladies du larynx. A peine représentent-ils trois ou quatre pour cent des maladies observées.

Les opérations délicates nécessitées pour l'extraction de ces tumeurs seront entièrement du domaine des personnes exercées et constitueront, en effet, une spécialité.

Mais il existe à côté de ces affections spéciales une pathologie courante du larynx, que tout médecin doit

aujourd'hui connaître. La laryngoscopie, en effet, est non-seulement indispensable pour les maladies laryngées, proprement dites, mais elle est souvent de la plus grande utilité pour le diagnostic de quelques maladies étrangères au larynx.

C'est ainsi qu'un grand nombre de malades sont atteints d'aphonie que l'on attribue à des inflammations chroniques du larynx plus ou moins profondes. Ils sont traités infructueusement par les moyens les plus variés, gargarismes, pulvérisation, eaux minérales, vésicatoires, cautères même au devant du cou, etc. On pratique l'examen laryngoscopique, et l'on reconnaît, en l'absence de toute lésion matérielle des cordes vocales, que l'on a affaire soit à des névroses (parésie hystérique), soit à des maladies extralaryngées agissant indirectement sur le larynx, telles que des anévrysmes de l'aorte, des adénopathies bronchiques avec compression des récurrents. Par le laryngoscope on pourra quelquefois soupçonner des tumeurs cérébrales produisant l'aphonie, en raison de leur siége au niveau des origines du pneumogastrique et du spinal. Aussi, dès qu'un malade présente de l'aphonie ou du cornage, l'examen laryncoscopique devient nécessaire.

Dans des cas d'un autre ordre, le laryngoscope fait reconnaître sur le larynx des traces de *syphilis* ancienne, qui donnent l'explication d'accidents lointains dont la nature fût autrement restée douteuse.

Ce que nous disons de la syphilis est applicable à la *scrofule*, et le sera bientôt, nous l'espérons, à l'*herpétisme* et à l'*arthritisme*.

Le *cancer du larynx* (ce cancer est le plus souvent primitif) ne pourra être reconnu qu'au moyen du laryngoscope. Là encore le miroir, en nous révélant une lésion diathésique aussi grave, nous permet de porter à temps un pronostic dont l'événement ne démontrera que trop la justesse.

Les exemples que je viens de vous donner font voir combien il est désirable que tout médecin sache se servir du laryngoscope. Il n'est pas moins nécessaire qu'il puisse porter directement des topiques sur le larynx. Nous verrons, en effet, plus tard, que la plupart des affections laryngées peuvent être très-avantageusement modifiées par un traitement topique régulier.

Il importe donc d'étudier avec soin la pathologie laryngée, au point de vue du diagnostic et du traitement; mais il faut le faire en appliquant toujours à cette pathologie spéciale, les idées d'une saine pathologie générale. C'est dans cet esprit que vous me verrez constamment procéder dans nos conférences pratiques.

Toutefois, avant d'aborder l'étude de la pathologie laryngée proprement dite, et pour nous mettre en état de commencer aujourd'hui même nos exercices

pratiques, je dois vous dire quelques mots de l'*anatomie* du larynx et surtout de la formation des images laryngées. Vous connaissez tous la structure anatomique du larynx et il suffit, pour rafraîchir vos mémoires, de recourir aux livres classiques. Nous rappellerons seulement, lorsque le besoin s'en fera sentir dans nos descriptions cliniques, les notions d'anatomie qui servent à éclairer les points particuliers de la pathologie. Quant à la physiologie laryngée, elle en est encore aux études théoriques; tout ce que l'on a prétendu tirer du laryngoscope pour les théories de la voix et du chant me semble encore prématuré, et je compte n'en pas parler dans ces conférences : la pathologie nous offre un champ suffisant.

Je ne vous parlerai donc de l'anatomie du larynx qu'au point de vue de l'image qui nous en est donnée par le miroir : je dirai comment se forme cette image, et je passerai brièvement en revue les différentes parties qui la constituent.

Disons d'abord que l'inspection de la bouche, telle qu'on peut la pratiquer en déprimant la langue avec un abaisse-langue ou en l'attirant au dehors avec une compresse, est très-bornée. On ne voit que l'entrée du pharynx, le voile du palais avec ses piliers et les amygdales. — Cet examen peut s'étendre un peu plus loin si l'on fait faire au malade de larges inspirations; le chant facilite aussi cette exploration, et l'on aperçoit une portion plus ou moins étendue de la pa-

roi postérieure du pharynx. Quant à la partie inférieure du pharynx et au larynx situé au devant d'elle, quant à sa partie supérieure, arrière-cavité des fosses nasales et trompe d'Eustache, l'examen n'en est pas possible directement. C'est à peine si, sur quelques sujets, on peut apercevoir le sommet de l'épiglotte. L'emploi du miroir est indispensable.

Lorsqu'on examine le larynx au miroir, on aperçoit une image dont les divers linéaments se projettent à peu près sur un même plan; les parties qui composent une image laryngée sont, en réalité, situées à des profondeurs très-différentes; mais comme elles sont concentriques ou emboîtées les unes dans les autres, elles apparaissent dans le miroir comme une image plane où il serait assez difficile d'apprécier la distance réelle et la position respective de ces diverses partics, si l'anatomie ne nous les avait déjà fait connaître.

L'*image laryngée se montre dans un plan vertical.* Il importe d'analyser cette image et de nous habituer à en bien distinguer les parties. — Disons d'abord qu'il n'y a pas, comme on le croit généralement, comme on l'a écrit quelquefois, de retournement de l'image; d'abord, le miroir dont nous nous servons est un miroir plan; il ne produit donc pas les entrecroiscments de rayons, les foyers, les renversements d'image, auxquels donnent lieu les miroirs courbes. Il en résulte déjà qu'il n'existe aucun renversement

de droite à gauche ou de gauche à droite : ce qui est à droite sur le sujet est également à droite dans le miroir. Il n'y a pas d'autre renversement que celui qui résulte de la position relative de l'observateur et du sujet. Mais c'est un point avec lequel tout anatomiste est familiarisé : nous savons tous que la partie droite d'un malade placé en face de nous est à notre gauche, et réciproquement.

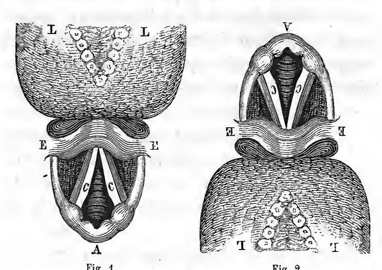


Fig. 1. Fig. 2.

Figures indiquant le prétendu renversement de l'image.

Y a-t-il maintenant un renversement d'avant en arrière ? La chose est affirmée dans quelques traités de laryngoscopie, et l'on met en regard deux images laryngiennes : la première (fig. 1) telle que le miroir la montre à l'observateur, la seconde (fig. 2) telle que le patient la verrait s'il faisait sur le papier la projection de son propre larynx ; ce que l'on méconnaît

ici, c'est que c'est le dessinateur qui achève le retournement en projetant les deux images sur un même plan horizontal ; mais dans la pratique, si une des images, celle du sujet, est sur un plan horizontal, l'autre, celle du miroir, *apparaît dans un plan vertical ;* elle est donc seulement relevée à 90 degrés : et pour réaliser cette image verticale, il suffit de donner

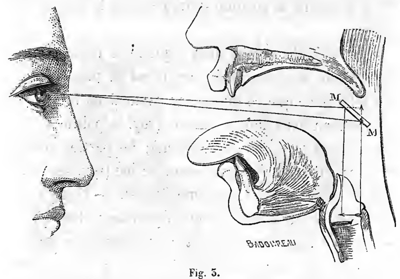


Fig. 3.
Marche des rayons lumineux et positions relatives de l'image et des parties.

au miroir une inclinaison qui forme avec l'horizontale un angle de 45 degrés. C'est ce dont on se rend facilement compte en regardant avec un miroir incliné à 45° la figure n° 2 : on voit reparaître l'image n° 1 dans un plan vertical. La figure n° 3 explique également la marche des rayons lumineux et la direction de l'image. Rappelons-nous cette loi d'optique que

l'angle de réflexion est égal à l'angle d'incidence; or, ici, une des deux lignes, celle d'incidence, est à peu près fixe et rapprochée de l'horizontale; c'est à la fois le rayon lumineux fourni par le laryngoscope et le rayon visuel de l'observateur; l'autre, la ligne réfléchie, sera à peu près verticale et dans une direction convenable pour atteindre le larynx, lorsque le miroir M M occupera la position indiquée dans la figure ci-jointe.

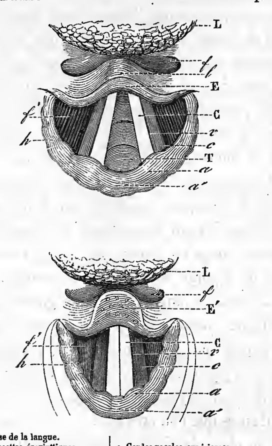
La partie du miroir dans laquelle se réfléchissent les régions antérieures du larynx est la plus élevée, de telle sorte que ce qui est en avant dans le larynx paraîtra en haut dans le miroir (voy. la pointe de la flèche dans la figure 3, ci-dessus); les parties postérieures, au contraire, paraissent en bas (voy. les barbes de la flèche dans la même figure). — Il n'y a là rien que de très-simple pour l'observateur, tant qu'il se borne à regarder et à porter un diagnostic; mais, s'il s'agit de pratiquer une opération ou de porter des topiques sur le larynx, ce relèvement à 90 degrés, si simple qu'il soit, constitue un trompe-l'œil, une cause d'erreur contre laquelle l'habitude seule pourra vous prémunir. — Quand on porte des topiques sur les régions postérieures du larynx, il suffit de se laisser guider par l'image et d'enfoncer de plus en plus l'instrument *en bas* et *en arrière*. La seule difficulté est qu'au début on n'enfonce jamais assez. Si, au contraire, l'on veut atteindre les parties antérieures,

la commissure antérieure des cordes vocales, il faut que le jugement rectifie l'erreur de la vue ; ces parties antérieures que l'image nous montre en haut, sont en réalité sur le même plan que ces parties postérieures qui nous paraissent et qui sont réellement en bas ; de sorte que l'instrument devra être enfoncé aussi profondément que si l'on voulait atteindre la partie postérieure de la glotte, puis ramené en avant par un mouvement de bascule imprimé au manche de l'instrument. Ce n'est que par l'habitude que l'on arrive à triompher de cette erreur de la vue.

Les parties qui apparaissent les premières dans le miroir, lorsqu'on avance peu à peu celui-ci vers le fond de la gorge, sont d'avant en arrière :

La base de la langue, le ligament glosso-épiglottique, bordé de chaque côté par la fossette épiglottique, l'épiglotte : puis, sur un plan plus profond, les éminences aryténoïdiennes reliées aux bords de l'épiglotte par les replis aryténo-épiglottiques. Ce n'est qu'un instant après que l'on aperçoit les cordes vocales, placées sur un plan plus inférieur encore, entre les deux séries d'éminences que nous venons de mentionner, au fond d'une sorte d'*infundibulum* constitué par ce qu'on appelle les *fosses innominées*. Elles sont souvent difficiles à voir et même totalement cachées quand les parties précédemment énumérées sont très-développées. Leur examen est cependant le plus important : *qui n'a pas vu les cordes vocales n'a pas vu le larynx.*

Les cordes vocales inférieures, les cordes vocales vraies, apparaissent sous forme de deux cordons plats,



L Base de la langue.
f Fossettes ép:glottiques.
l Repli glosso-épiglottique.
E Épiglotte (face antérieure).
E' Épiglotte (face postérieure).
C Cordes vocales inférieures, ou cordes vocales véritables.
c Cordes vocales supérieures.
v Ventricules du larynx.
f' Fossesinnominées.
h Replis ary-épiglottiques.
a Éminences aryténoïdiennes.
a' Commissure aryténoïdienne.

Fig. 4.
Détails de l'image laryngoscopique dans l'inspiration et dans la phonation.

blancs et nacrés comme des dents blanches et bien conservées. Quand elles sont réunies pour la phonation (fig. 4, image inférieure), elles sont séparées par

une ligne horizontale, parfaitement droite dans toute son étendue.

On sait que Longet a beaucoup insisté sur la formation d'une glotte inter-aryténoïdienne, sensible chez les jeunes animaux, laquelle resterait ouverte, même quand les cordes vocales sont rapprochées. Cette glotte inter-aryténoïdienne n'existe pas chez l'homme, où les lèvres de la glotte sont également rapprochées sur toute leur étendue pendant la phonation. Cependant, chez quelques sujets, les apophyses antérieures et internes des cartilages aryténoïdes font une légère saillie, au delà de laquelle la partie du bord libre des cordes vocales située plus en arrière semble s'incliner en dehors ; il en résulte une partie un peu plus élargie, plus évasée de l'orifice glottique en arrière. C'est le rudiment de la glotte aryténoïdienne de Longet. Mais cette disposition n'est ordinairement qu'ébauchée ; elle disparaît complétement par l'affrontement des cordes vocales, quand la tension de celles-ci est parfaite.

Pendant l'inspiration, les cordes vocales sont écartées ; l'espace qu'elles limitent forme un triangle, dont la base est en bas sur l'image, c'est-à-dire en arrière sur le sujet, et le sommet en haut sur l'image, c'est-à-dire en avant sur le sujet ; sur un plan un peu supérieur aux cordes vocales inférieures ou vraies, une fente longitudinale indique l'orifice des ventricules du larynx et le bord libre de ce qu'on a appelé

les cordes vocales supérieures. Ce nom de cordes vocales est ici fort impropre, car ces replis ne contenant aucun élément contractile ni fibreux, et n'étant pas susceptibles de tension, ils ne jouent aucun rôle dans le mécanisme de la voix. Ils mériteraient plutôt le nom de bandes ventriculaires, qu'on leur donne en Angleterre. Leur rôle paraît consister à produire l'occlusion du ventricule laryngien.

Quant aux ventricules du larynx, dont ces replis forment la limite supérieurement, ils paraissent destinés à verser sur les cordes vocales le mucus sécrété par les nombreuses glandes qui tapissent leurs parois.

Enfin, tout à fait profondément, lorsque la glotte est ouverte, on aperçoit des arcs de cercle concentriques, alternativement blancs et sombres; ce sont les cerceaux de la trachée; on peut en voir trois ou quatre, quelquefois plus, quelquefois moins. Chez certains sujets, on parvient même à distinguer la bifurcation de la trachée; l'image présente alors une saillie formée par l'onglet des bronches vivement éclairé, et de chaque côté deux fossettes sombres, rondes ou ovales; ce sont les ouvertures des bronches. Les sujets chez lesquels cette exploration est possible sont peu nombreux, aussi a-t-on assez rarement l'occasion de voir la bifurcation de la trachée. Cependant l'examen laryngoscopique permettra quelquefois de reconnaître des tumeurs trachéales, et pourra permettre de les

atteindre, à la rigueur, lorsqu'elles seront très-rapprochées des cordes vocales.

Pour pratiquer l'examen laryngoscopique, on fait placer le malade devant soi, assis sur un tabouret à vis, que l'on peut élever ou abaisser suivant la taille du sujet. On saisit la langue entre le pouce et l'index de la main gauche au moyen d'une compresse destinée à empêcher l'organe de glisser entre les doigts, et on l'attire au dehors; puis on introduit le miroir laryngien, tenu comme une plume à écrire. On conduit le plan du miroir parallèlement à la langue et au voile du palais, en évitant de toucher l'un et l'autre, ce qui provoquerait des mouvements réflexes et des vomituritions. On va directement à la luette, que l'on refoule doucement sur le dos du miroir. Tout cela doit être fait avec beaucoup de douceur. L'image laryngienne apparaît alors; on en fait venir successivement toutes les parties dans l'ordre énuméré plus haut, en relevant légèrement le manche de l'instrument.

Le miroir peut servir également à l'inspection des fosses nasales. On tourne la face réfléchissante en haut et en arrière du voile du palais, et l'on aperçoit alors la face postérieure de la luette, celle du voile du palais et l'orifice postérieur des fosses nasales séparées par un onglet vertical : c'est la cloison; chez quelques sujets, on peut distinguer les cornets.

Pour voir les trompes d'Eustache, on portera la face réfléchissante du miroir toujours en haut, mais de côté, incliné obliquement à 45 degrés, dans le pharynx, de telle sorte que le miroir touche le pilier postérieur du côté opposé et que le manche porte sur la commissure labiale du côté même de la trompe que l'on veut examiner[1].

Il faut soigneusement éviter de faire rouler le miroir entre les doigts; ce mouvement provoquerait des spasmes qui empêcheraient l'examen. Aussi faut-il préférer, au moins pour les commençants, les miroirs carrés aux miroirs ronds, qui tournent trop facilement. Le miroir carré doit être introduit de telle sorte que son bord inférieur soit *horizontal* et *parallèle au plan de la langue*. Sans cette précaution, les angles supérieurs et inférieurs toucheraient le voile du palais et la base de la langue; les angles latéraux toucheraient les piliers. Or, ce sont des parties qu'il faut éviter avec le plus grand soin. Pour faire apparaître successivement les différentes parties du larynx, on n'a plus qu'à faire mouvoir très-doucement le miroir en relevant le manche, de manière à rapprocher d'autant plus le plan du miroir lui-même de la verti-

[1] Nous avons fait construire par M. Tramond une tête artificielle, la bouche ouverte, où sont exactement figurées l'entrée du larynx et les ouvertures des trompes et des fosses nasales. Cette tête permet aux commençants de se rendre un compte exact des différentes positions du miroir pour l'examen, et plus tard de s'exercer au maniement des éponges laryngées, pinces à polypes, etc.

cale que l'on voudra voir plus avant derrière l'épiglotte. Tous ces mouvements doivent être faits avec lenteur, avec douceur, d'une façon presque insensible. C'est en cela que consiste la légèreté de main, et, par suite, le succès de l'opération.

Nous venons d'indiquer d'une façon générale le mode opératoire qui doit être employé lorsque l'on veut pratiquer l'examen laryngoscopique. Il nous reste à parler de quelques difficultés que l'on peut rencontrer, soit pour l'exploration du larynx, soit pour les opérations que l'on veut pratiquer sur cet organe avec l'aide du miroir.

A. Nous allons d'abord passer en revue les difficultés de l'exploration successivement dans les divers temps de l'examen :

1° La position à donner au malade est très-importante : il faut que le point sur lequel tombent les rayons lumineux soit à peu près invariable, et ne soit situé ni trop haut ni trop bas. S'il est trop haut, la vue ne pénètre pas suffisamment derrière l'épiglotte; s'il est trop bas, l'ombre portée par la base de la langue cache plus ou moins complétement l'image. Le rayon d'incidence doit tomber à peu près *sur la racine de la luette*. L'image est alors vivement éclairée.

Pour obtenir ce résultat, le malade pourra être placé sur un tabouret à vis, qu'on relève ou qu'on

abaisse suivant la taille du sujet. Celui-ci devra être assis sans roideur; on lui recommandera de ne s'élever ni de s'abaisser sur ses reins, de manière que la position prise par lui reste à peu près fixe pendant l'examen. Malgré ces recommandations, il se produit à chaque instant des variations dans la position du malade qui se relève ou s'affaisse plus ou moins. Pour y remédier, on a imaginé une table mobile (table de Fauvel) dont le centre portant le foyer de lumière peut, au moyen d'une vis, être levé ou baissé suivant la taille du malade. Mais, avec ce moyen, on ne peut suivre assez rapidement les changements de position qui se produisent. Ce but est bien mieux atteint par les laryngoscopes à lentille mobile, dont nous vous parlerons tout à l'heure.

2° On fait ensuite ouvrir la bouche au malade. Il semble d'abord étonnant que ce temps de l'exploration puisse présenter la moindre difficulté. Il y a cependant des gens auxquels il est presque impossible de faire écarter convenablement les mâchoires. Ce sont ordinairement des sujets très-nerveux. On triomphera assez facilement de ces premières difficultés avec de la patience : l'éducation du malade se fait peu à peu, et l'examen finit par devenir plus aisé. Il n'en est pas de même quand le défaut d'écartement des mâchoires tient à une conformation vicieuse particulière ou à une sorte d'ankylose des articulations temporo-maxillaires. On ne peut alors introduire le miroir que

d'une façon très-imparfaite, et l'examen sérieux du larynx est parfois tout à fait impossible.

Dans les cas plus ordinaires où il n'y a pas d'obstacle matériel, mais seulement impéritie ou indolence du malade, il suffit de prévenir à plusieurs reprises celui-ci en frappant légèrement l'arcade dentaire supérieure avec le dos du miroir, ou en faisant renverser plus ou moins la tête en arrière. Enfin, quelquefois, des moustaches très-longues et retombant au devant de la bouche peuvent cacher une partie de l'image. Il est toujours facile de les couper ou tout au moins de les écarter.

3° Le malade doit faire sortir sa langue de sa bouche, et le médecin la maintient au dehors. Certains sujets, inintelligents ou très-nerveux, éprouvent quelques difficultés à pousser la langue plus loin que les arcades dentaires ou que les lèvres; il faut cependant que la pointe de la langue touche presque le menton. En même temps, on enseigne au malade à creuser la langue en gouttière vers sa base, de sorte qu'il y ait un plus grand espace dans le fond de la bouche pour le passage des faisceaux lumineux. Sans cette précaution, la base de la langue se renfle ou vient s'appliquer sur le miroir en cachant complétement l'image. C'est par l'éducation du malade que l'on arrive à vaincre cette petite difficulté. En tout cas, il faut bien retenir ce précepte que le rôle du médecin se borne à maintenir la langue; il ne doit

jamais tirer dessus, c'est au malade de la pousser suffisamment au dehors. On profite de l'ouverture de la bouche et de l'aplatissement de la langue pour explorer la cavité buccale, puis on prend le miroir.

4° Avant de se servir d'un miroir, il est toujours absolument indispensable de s'assurer de sa propreté. Cela est surtout nécessaire dans une clinique comme celle-ci où l'on examine successivement un grand nombre de malades, atteints souvent de maladies contagieuses. Ayons toujours présents à l'esprit les accidents déplorables de contamination auxquels un médecin auriste, mort depuis plusieurs années, avait donné lieu par sa négligence à cet égard. Aussi faut-il laver avec soin le miroir après chaque examen. Nous nous servons pour cela d'une solution de permanganate de potasse dont on connaît les propriétés désinfectantes. On essuie ensuite avec soin le miroir pour le sécher, puis on le chauffe légèrement : sans cette précaution, l'haleine du sujet déposerait sur la glace une légère buée qui ternirait l'image : quelques médecins, pour laver et chauffer le miroir en même temps, le plongent dans l'eau chaude : cela a plusieurs inconvénients; d'abord, il reste toujours sur la glace une couche mince de liquide qui rend l'image moins nette; et puis quelques gouttes de liquide, s'introduisant dans la sertissure du miroir, glissent entre la glace et sa garniture métallique, et finissent par en altérer plus ou moins le tain.

Cette détérioration du miroir se produit quelquefois instantanément quand on le chauffe sans l'avoir bien essuyé. Une sorte de fusée de vapeur s'introduit derrière la glace et la met hors de service.

Il est plus simple et plus sûr de chauffer le miroir bien séché soit au-dessus de la lampe même du laryngoscope, soit sur une lampe à alcool. Mais, encore ici, il faut avoir bien soin de ne pas présenter à la flamme la face métallique du miroir; en effet, le métal atteint rapidement une température assez haute, et comme il est en contact immédiat avec le tain de la glace, ce tain serait vite fondu par la chaleur, et en quelques instants le miroir pourrait être hors d'usage. Il faut donc toujours le chauffer par sa face réfléchissante; avec ces précautions, un miroir doit durer plusieurs mois.

Avant d'introduire le miroir dans la bouche, l'opérateur l'essayera sur sa propre main ou sur sa joue, pour s'assurer que sa température n'est pas trop élevée.

5° La luette peut constituer un obstacle à l'examen laryngoscopique par son volume extrême, soit que ce volume résulte d'une disposition congénitale, soit que la luette soit œdématiée ou gonflée par des glandules hypertrophiées. Toute la partie de la luette qui dépasse le bord inférieur du miroir, s'y réfléchit et vient se placer au devant de l'image laryngienne. On peut quelquefois ramasser en quelque sorte la luette

avec l'angle inférieur du miroir, pour la repousser tout entière sur la face postérieure de cet instrument.

Mais il faut avouer que cette procidence de la luette, très-gênante pour les commençants, devient peu importante quand on a acquis un peu l'habitude du laryngoscope. On finit par faire abstraction de cette image importune, et par ne plus guère apercevoir dans le miroir que le larynx lors même que la pointe de la luette y serait en partie réfléchie. Néanmoins, on a inventé un grand nombre d'instruments pour remédier à cet inconvénient : ce sont les relève-luette; les principaux sont le relève-luette en fourche et le relève-luette en cuiller. Mais leur grand inconvénient c'est que, lorsque l'on tient le miroir et le relève-luette, les deux mains sont occupées; il est alors impossible de se servir d'aucun autre instrument. Pour remédier à cela, j'avais imaginé un miroir portant sur la face postérieure une sorte de petite corbeille dans laquelle se plaçait la luette, de sorte que le miroir servait en même temps de relève-luette. Mais j'en ai depuis longtemps abandonné l'usage.

Pour qui a l'habitude du laryngoscope, la luette n'est pas, en général, un obstacle sérieux; cependant lorsqu'elle est trop développée, on peut chercher à en diminuer le volume par des cautérisations avec le nitrate d'argent, par exemple. On a même conseillé d'en pratiquer l'excision préalable, mais on a singu-

lièrement abusé de cette petite opération. Quelque facile, quelque inoffensive qu'elle soit, on ne doit pas cependant y recourir pour un motif aussi futile. Il faut la réserver pour les cas où la luette est largement ulcérée à sa base. Dans ces cas, elle se détache souvent elle-même, naturellement, et alors l'ulcération guérit avec rapidité. L'indication est donc d'imiter la marche de la nature et de pratiquer l'incision toutes les fois que les ulcérations sont assez vastes pour menacer l'intégrité du voile du palais lui-même. On pourra encore la pratiquer quand la luette, extrêmement procidente, chatouille l'orifice supérieur du larynx, ou la base de la langue. Mais on a aussi fort exagéré le nombre des cas dans lesquels cela est nécessaire. Quoi qu'il en soit, on ne doit pas exciser la luette dans le seul but de faciliter l'examen du pharynx. En dehors de ces cas, cette opération ne doit être décidée que par des raisons d'ordre pathologique.

6° Les amygdales hypertrophiées gênent parfois beaucoup en rétrécissant l'isthme du gosier, au point de ne plus laisser la place nécessaire pour placer le miroir dans la gorge. On y parvient quelquefois en se servant de miroirs ronds très-petits. Il n'en est pas moins vrai que l'hypertrophie des amygdales constitue parfois un obstacle assez sérieux pour qu'on doive attendre avant de pratiquer l'examen, que leur volume ait diminué.

Les astringents donnent peu de résultats. Nous en avons obtenu de meilleurs par l'emploi du gargarisme iodé (iode métalloïde et iodure de potassium). Quelquefois enfin, on devra recourir à l'excision; mais ce que nous venons de dire de l'excision de la luette est applicable en tous points à celle des amygdales. Ajoutons de plus que l'amygdalotomie, opération si innocente chez l'enfant, peut être suivie chez l'adulte d'hémorrhagies graves pour lesquelles on a dû parfois recourir au fer rouge.

7° Mais les difficultés les plus sérieuses proviennent ordinairement de la position de l'épiglotte. L'épiglotte est un opercule qui ne doit s'appliquer sur le larynx que dans des circonstances déterminées, en dehors desquelles elle est assez relevée pour que l'orifice supérieur du larynx soit parfaitement libre. La distance qui sépare alors l'épiglotte de la glotte est toujours assez grande pour permettre au rayon réfléchi par le miroir de pénétrer jusqu'aux cordes vocales. Quelquefois, cependant, l'épiglotte est beaucoup plus inclinée qu'à l'état normal sur l'infundibulum du larynx, de sorte qu'elle cache alors plus ou moins complétement les cordes vocales.

Dans ces cas de procidence de l'épiglotte, il est bon de faire respirer tranquillement le malade, de lui faire faire des mouvements alternatifs et réguliers d'inspiration et d'expiration, puis de le faire chanter et de lui faire émettre des notes un peu hautes.

On peut ainsi faciliter l'examen, grâce au mouvement d'élévation total du larynx qui se produit lors de l'émission des sons élevés. Malheureusement il y a des malades absolument dépourvus d'*oreille* musicale. Il est impossible de leur faire comprendre ce

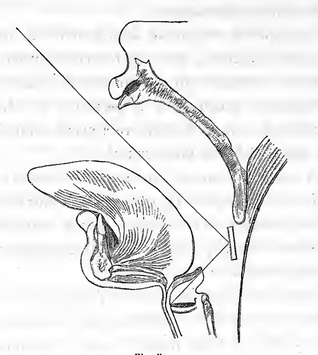


Fig. 5.
Position du miroir pour voir en dessous d'une épiglotte procidente.

que c'est qu'une note haute ou une note basse; d'autres entendent bien la différence du son, mais le chant leur est tellement étranger que, malgré toute leur bonne volonté, ils ne peuvent émettre les sons que vous leur indiquez, ou ils se livrent à des efforts considérables qui produisent l'astriction du pharynx,

et rendent l'examen plus difficile que dans les simples mouvements respiratoires; on est alors obligé de renoncer à ce moyen; d'autres fois on réussit en faisant faire au malade une série d'expirations brusques ou encore en l'engageant à pousser, à faire des efforts diaphragmatiques.

Le meilleur moyen de faire pénétrer la lumière derrière l'épiglotte, c'est de renverser fortement la tête en arrière, ce qui a pour effet de tendre mieux la langue et le larynx, et de permettre de relever le manche du miroir de manière à placer celui-ci dans un plan de plus en plus vertical.

Il suffit de comparer la figure 5 ci-dessus avec la figure 3 donnée page 11, pour voir que plus le miroir se rapprochera de la verticale, plus le rayon réfléchi pénétrera sous l'épiglotte et vers la commissure des cordes vocales.

Enfin, on a conseillé de saisir l'épiglotte au moyen d'une pince ou d'un ténaculum, pour la ramener en avant. Türck a même imaginé dans ce but un instrument spécial. Mais ces manœuvres sont toujours très-mal tolérées et, en outre, elles ont l'inconvénient d'occuper les deux mains à la fois, de sorte qu'il est alors impossible de pratiquer aucune opération ou de porter aucun topique sur le larynx.

D'autres fois, en portant le miroir obliquement dans le fond de la gorge alternativement à droite et à gauche, on parvient à tourner l'obstacle, et à

apercevoir successivement la moitié gauche, puis la moitié droite de la glotte. Mais c'est surtout par l'habitude, c'est surtout par l'éducation du malade, qui devient de plus en plus tolérant, que l'on arrivera à triompher de ces sérieuses difficultés : aussi un des meilleurs moyens d'y arriver promptement est d'introduire en tâtonnant, dès la première séance, une de nos petites éponges laryngiennes dans le larynx : le malade s'habitue rapidement à ce contact, et bientôt, débarrassé des phénomènes réflexes qui augmentent tellement la difficulté, il laisse voir, à la quatrième ou cinquième séance, ce qu'il aurait été incapable de montrer au début.

L'épiglotte présente une forme très-variable suivant les sujets. C'est elle qui donne à chaque larynx sa physionomie spéciale, de même que le nez pour les traits du visage. Nous avons coutume d'employer des comparaisons familières pour exprimer toutes ces variétés de forme et d'aspect, et nous en représentons quelques-unes dans la figure ci-après, p. 31.

Ainsi au lieu de l'épiglotte normale (n° 1), nous trouvons quelquefois l'épiglotte enroulée sur elle-même d'arrière en avant comme une *feuille sèche* (n° 2), tantôt pendante comme un *tablier de cuir* (n° 3), tantôt allongée en forme de *spatule* (n° 5), tantôt projetée en avant comme une *trompe d'éléphant* (n° 4) ; d'autres fois elle est relevée et présente la forme d'un *chapeau de gendarme* (n° 6). Quelque-

fois elle est pliée longitudinalement, de sorte qu'elle ne laisse apercevoir la glotte qu'à travers une fente étroite : c'est l'épiglotte en *oreille de lapin* (n° 7); on peut en rapprocher l'épiglotte en *mitre d'évêque* (n° 8). Enfin, dans certains cas d'œdème, l'épiglotte est rouge, gonflée, très-volumineuse, semblable à un prépuce dans les cas de *phimosis* ou de *balano-posthite* (n° 9 et 10), tantôt étranglée à sa base et violacée comme un *paraphimosis* (n° 11). Dans ces derniers cas, l'examen de la glotte est rendu à peu près complétement impossible, mais ce sont des cas pathologiques.

8° Quelques précautions que l'on prenne dans l'application du miroir au fond de la gorge, il est rare qu'elle ne provoque point quelques mouvements réflexes. Ces mouvements sont plus ou moins prononcés, suivant les personnes. Ce sont souvent les gens lettrés, intelligents, nerveux, qui y sont sujets. On comprend combien ces efforts sont gênants pour l'exploration. On en triomphe par la patience. On emploie aussi pour diminuer la sensibilité du pharynx et prévenir les mouvements réflexes, le bromure de potassium à l'intérieur. On peut aussi l'employer en badigeonnage sur le fond de la gorge, immédiatement avant l'examen. Mais il n'y faut pas trop compter. On fera bien cependant de donner cet anesthésique, ne fût-ce que pour l'effet moral qu'il produit sur le malade, dont la confiance augmente singulièrement la docilité et la

tolérance. On a employé aussi les pulvérisations de

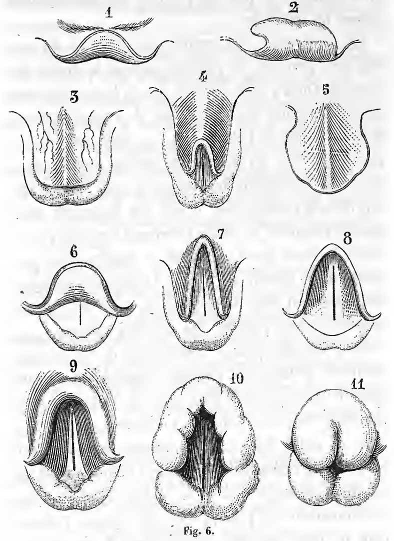


Fig. 6.
Variété de formes de l'épiglotte.

chloroforme. Mais le meilleur moyen de calmer le malade et de venir à bout des mouvements réflexes,

c'est d'habituer le larynx au contact des instruments en le touchant le plus tôt possible avec des topiques inertes ou calmants.

Les difficultés sont encore plus grandes lorsque l'on veut pratiquer la rhinoscopie avec le miroir laryngien. On n'y peut arriver que si l'on a déjà une grande habitude du maniement de cet instrument. Mais l'habileté de l'observateur ne suffit pas; il faut encore que l'on ait affaire à un malade dont l'éducation soit faite depuis longtemps et dont le pharynx soit devenu très-tolérant. Il faut que le malade aplatisse sa langue et la creuse fortement à sa base; il est très-important que l'opérateur ne touche pas cet organe avec le manche du miroir. La luette est quelquefois tellement gênante que l'on est forcé de l'exciser quand l'examen présente une grande importance.

On a imaginé pour se débarrasser de cet obstacle plusieurs instruments nommés *relève-luette*, parmi lesquels nous pouvons citer celui de M. Duplay, qui réunit en lui le relève-luette et le miroir : un mouvement de pédale fait jouer au moment voulu la petite fourche qui relève la luette. Mais l'emploi de cet instrument est toujours difficile, malgré quelques perfectionnements qu'y a apportés un médecin russe et dont on peut trouver le modèle chez M. Charrière : tous ces instruments provoquent très-vite des mouvements réflexes. On voit alors les piliers du voile du palais se rapprocher et fermer pour ainsi dire l'entrée

du pharynx. Les difficultés de la rhinoscopie sont souvent tellement grandes que l'on est obligé d'y renoncer.

Il en est de même pour l'examen des *trompes d'Eustache :* nous avons indiqué plus haut la position à donner au miroir ; mais il est des malades dont le pharynx présente un espace si étroit entre le pilier postérieur de l'amygdale et la paroi postérieure du pharynx, ou qui contractent si facilement ce pilier de manière à voiler l'orifice tubaire, qu'il est absolument impossible de faire venir l'image de celui-ci dans le miroir.

B. Nous n'avons guère de préceptes généraux à donner relativement aux opérations que l'on pratique sur le larynx, si ce n'est d'indiquer le moyen de porter simplement différents topiques sur les différentes parties de cet organe. Pour porter des topiques sur le larynx, on emploie généralement un petit morceau d'éponge fixé à l'extrémité d'une tige recourbée en quart de cercle.

La langue sera tenue par un aide placé derrière le malade ou par le malade lui-même, avec la main gauche. Si la langue était tenue avec la main droite de l'aide, celle-ci dérangerait souvent la tige du miroir qui est toujours la chose la plus importante. En effet, le miroir doit ici être tenu de la main gauche par l'opérateur, qui doit réserver la main droite pour l'instrument porte-caustique ou la pince à polypes.

On voit que le laryngoscopiste doit être ambidextre; il doit pouvoir appliquer le miroir aussi bien de la main gauche que de la droite.

Tenant donc le miroir de la main gauche appliqué sur la racine de la luette, et le porte-éponge de la main droite, on porte l'extrémité de celui-ci dans le pharynx, de telle sorte que l'image de l'éponge apparaisse dans le haut du miroir; puis on avance encore un peu pour franchir l'épiglotte, et l'on n'a plus qu'à abaisser l'instrument en relevant le manche pour pénétrer dans le larynx. Le temps le plus important de l'opération est celui où l'on franchit l'épiglotte: celle-ci dépassée, il suffit de faire faire une aspiration au malade pour que la petite éponge atteigne la glotte. Si l'on veut toucher la commissure postérieure du larynx, il suffit de pousser l'instrument en bas et en arrière; si au contraire on veut toucher la partie antérieure des cordes vocales, il faut, après avoir porté l'éponge profondément en arrière et en bas, la ramener en avant par un mouvement de bascule, en relevant rapidement le manche de l'instrument.

Nous nous bornerons ici à ces indications générales; l'habitude seule peut apprendre l'usage des pinces à polypes, des rhéophores laryngiens et des instruments de galvano-caustique; ce sera toujours le lot du médecin spécialiste. Mais le médecin ordinaire peut et doit arriver rapidement à porter une éponge sur les cordes vocales.

Il me reste à vous parler des APPAREILS LARYNGOSCOPIQUES proprement dits, et à vous faire connaître les avantages et les inconvénients attachés à l'emploi des principaux d'entre eux. Je serai très-bref dans les indications que je vous donnerai à ce sujet : les descriptions d'instruments sont toujours longues et peu satisfaisantes : le vrai moyen de connaître ceux-ci, c'est de les voir et de s'en servir.

1° *Sources de lumière.* — La lumière solaire, la lumière blanche, est la plus désirable et ses avantages sont incomparables; c'est la seule qui permette de distinguer les nuances de colorations délicates, dont l'exacte appréciation est souvent importante pour le diagnostic. Malheureusement il est difficile d'en réaliser l'usage dans notre climat. La lumière diffuse serait toujours insuffisante; il faut donc diriger sur le larynx un faisceau de lumière solaire réfléchi par le *porte-lumière* des cabinets de physique : c'est une installation coûteuse, car il faut établir une véritable chambre noire dans un bâtiment orienté et isolé, de manière à recevoir facilement les rayons solaires, condition déjà difficile à réaliser en dehors des grands établissements publics. Mais le plus grand obstacle vient de notre climat nébuleux, sous lequel il est impossible de compter d'une façon certaine sur le soleil; trop souvent, même en été, un nuage viendrait interrompre l'observation. Cet obstacle est tellement sérieux, que dans nos pays on est obligé de renoncer

à la lumière solaire et de recourir à la lumière artificielle.

La lumière électrique est très-belle, mais elle blesse la vue par son trop grand éclat, et les appareils nécessaires pour la produire sont d'un prix très-élevé. Ajoutons-y l'ennui d'avoir à monter chaque fois une pile de Bunsen, et le danger de manier dans nos appartements des acides énergiques comme l'acide nitrique et l'acide sulfurique.

La lumière oxyhydrique est excellente ; c'est une lumière blanche, très-bonne surtout pour les démonstrations ; elle permet de distinguer très-nettement les moindres nuances de coloration. Mais pour avoir une belle lumière il ne suffit pas de mélanger les deux gaz hydrogène et oxygène ; il faut encore que la flamme contienne un certain nombre de particules solides qui par leur incandescence lui donnent son plus grand éclat.

Or, cette condition n'est pas si facile à remplir que l'on serait tenté de le croire tout d'abord. Vous avez tous vu la belle lumière oxyhydrique qui a été expérimentée pour l'éclairage de la voie publique au devant de l'Opéra, des Tuileries et de l'Hôtel-de-Ville. On n'obtiendrait pas une lumière aussi éclatante avec le gaz tel que nous le fournit la Compagnie parisienne. Il faut recourir au gaz très-carburé de la Compagnie du gaz portatif, ou faire passer le gaz ordinaire à travers un *carburateur*, c'est-à-dire à travers des éponges

imbibées de carbures liquides; ceux-ci fournissent des parcelles de carbone incandescent qui donnent à la flamme tout son pouvoir éclairant. Il est évident que ce sont là des conditions d'installation trop complexes.

La lumière de Drumond est d'un emploi beaucoup plus facile : il suffit de faire arriver le jet des deux gaz combustible et comburant sur un bâton de chaux vive ou de magnésie. Ce qui donne à cet éclairage une si grande intensité, c'est encore la présence des particules solides incandescentes détachées des substances mises en contact avec la flamme. Pour l'emploi de cette lumière, rien n'est plus avantageux que les grandes lanternes de M. Dubosq et de M. Molténi.

Lorsque l'on ne veut pas avoir recours à des appareils aussi coûteux, on peut se contenter de l'excellente lampe à oxygène de Dubosq : c'est une lampe modérateur brûlant à l'huile, dans la flamme de laquelle on fait arriver un jet d'oxygène : sous l'influence du courant de gaz, la flamme devient conique, et donne une belle lumière dont l'éclat est dû surtout aux parcelles charbonneuses qui prennent naissance par la combustion de l'huile.

Le gaz d'éclairage donne une lumière insuffisante et de nuance jaune. Lorsque pour en accroître l'éclat on augmente la surface de la flamme, on obtient avec les lentilles le phénomène connu sous le nom d'*aberration de sphéricité*, qui enlève aux images beaucoup

de leur netteté. Il faut ajouter que la chaleur très-intense que donne cette lumière, ainsi que la rapidité avec laquelle le gaz vicie l'air de l'appartement, en rendent l'emploi très-désagréable. Cependant Mackenzie s'en est servi avec avantage dans un appareil fort ingénieux.

Le gaz arrive par un bec en porcelaine arrondi, de sorte que le gaz brûle à blanc par un courant d'air intérieur en même temps que par l'air ambiant ; la flamme, réduite ainsi à un petit volume, est très-éclairante. On l'enveloppe d'une double cheminée de tôle dont les deux feuillets sont séparés par un courant d'air pour éviter que l'appareil n'acquière extérieurement une trop grande chaleur. Le tout est porté sur un bras articulé fixé au mur et auquel on peut donner, au moyen d'une crémaillère montée sur un parallélogramme de Watt, tous les mouvements désirables pour l'adapter à la hauteur du malade. C'est un très-bon appareil ; mais il est difficile à trouver en France, et sa lumière garde toujours une nuance légèrement jaune. Il suffit cependant, dans la grande majorité des cas, pour un observateur qui ne doit pas faire de démonstrations publiques.

Le pétrole présente et exagère tous les inconvénients du gaz d'éclairage : il est d'un emploi dangereux, répand une odeur très-forte et dégage une chaleur intense.

Les appareils dont nous venons de parler sont

utiles et même nécessaires pour l'étude et surtout pour la démonstration; mais pour la pratique et les besoins de la clientèle, une bonne lampe modérateur suffira à peu près dans tous les cas.

2° *Appareils laryngoscopiques proprement dits.* — Quelle que soit la source de lumière, il est nécessaire de concentrer celle-ci dans l'arrière-gorge par des instruments d'optique. Les instruments employés dans se sens sont les laryngoscopes proprement dits.

On peut les distinguer en : laryngoscopes par réflexion et laryngoscopes par réfraction.

Parmi les premiers, le miroir plan suffit pour la lumière solaire. Pour les lumières artificielles, on reçoit la lumière sur un miroir concave, qui la réfléchit sur le point que l'on veut éclairer. Les laryngoscopes par réflexion sont très-employés en Allemagne. Le laryngoscope de Czermack était un laryngoscope par réflexion.

L'inconvénient de ces instruments est de donner une lumière souvent insuffisante et trop diffuse. Comme miroir concave, on se sert du miroir d'Helmholtz, dont vous connaissez l'emploi en oculistique; mais on lui donne de plus grandes dimensions. On peut le tenir à la main; mais ce serait un inconvénient, quand on a une opération à pratiquer sur le larynx. Pour rendre cette main libre, il faut donc se servir d'un miroir monté sur un pied fixe.

On a aussi imaginé de fixer le miroir sur le front

de l'observateur au moyen d'une bande frontale ou de le monter sur des lunettes, qui se placent sur le nez, comme dans le modèle de M. Duplay : cela est bon dans certains cas où l'on a besoin de donner à sa lumière beaucoup de mobilité ou une obliquité très-grande. Mais ces appareils ont des inconvénients assez sérieux. Ils forcent l'observateur, dont les mains sont déjà occupées à tenir le miroir laryngien et la langue du malade, à donner incessamment à sa propre tête l'inclinaison convenable pour diriger le faisceau lumineux. En outre, ces instruments plus ou moins bizarres, dont se coiffe le médecin ou qu'il se place sur le nez, lui donnent un aspect étrange, et même, dans certains cas, quelque peu ridicule. En voyant le médecin surchargé de ces appareils multiples, occupé de tant de choses en même temps, on songe malgré soi à cet homme-orchestre que vous avez tous vu sur les places publiques, jouant de cinq ou six instruments à la fois.

Les laryngoscopes par réfraction sont surtout employés en France et en Angleterre. Tel est le laryngoscope de Mackenzie : le réflecteur placé en arrière de la lumière et la lentille placée en avant occupent deux ouvertures pratiquées dans une cheminée métallique que l'on pose sur la lampe.

Le laryngoscope qui porte le nom de M. Fauvel nous paraît avoir une lentille trop petite. L'espèce de pince qui sert à l'adapter à la lampe n'est pas

d'une application commode. — En outre, on a accordé trop d'importance à l'auto-laryngoscope, dont l'emploi est loin d'être indispensable. Les mêmes objections peuvent être faites au pharyngoscope (pourquoi pas laryngoscope?) de M. Moura.

Le laryngoscope de M. Krishaber présente de grands avantages : il est porté par un anneau brisé dont les deux moitiés sont jointes par deux ressorts à boudin, et qui s'adapte facilement sur toutes les lampes. La lentille plan convexe est d'une puissance très-suffisante : l'œil de l'observateur est protégé par l'ombre du réflecteur, ou par une carte que l'on fixe sur l'anneau. Il n'y a qu'une objection à faire : c'est que l'appareil est immobile dans le plan vertical ; son jet de lumière est constamment horizontal, de sorte qu'il est impossible de varier les incidences de la lumière et de suivre les mouvements du malade.

Nous avons cherché à obtenir à volonté l'incidence oblique de la lumière, et à varier cette incidence suivant les besoins de l'observation, en plaçant la lentille et le réflecteur aux deux extrémités d'un parallélogramme métallique dont on peut changer à chaque instant l'inclinaison au moyen d'un mouvement de bielle.

C'est dans le même but que M. Galante a construit, d'après nos indications, son laryngoscope à double collier, qui nous paraît le plus commode des appareils portatifs, à la condition toutefois de ne pas fraction-

ner la tige des miroirs, comme M. Galante l'a fait pour restreindre le volume de la boîte. Ces miroirs en deux fragments se dérangent à tout moment. En donnant à ceux-ci la longueur habituelle, la boîte n'excède pas la longueur d'une trousse ordinaire.

3° Les *instruments d'examen* sont les miroirs laryngiens. Ils peuvent être ronds et carrés : nous avons déjà dit pourquoi nous préférons généralement ceux-ci. Les miroirs ovales ont été employés pour relever plus facilement la luette ou pour être placés entre des amygdales hypertrophiées. Mais nous savons que la luette n'est jamais un obstacle sérieux et, dans le cas d'hypertrophie des amygdales, un petit miroir rond sera presque toujours suffisant. On a employé aussi les miroirs concaves, qui grossissent l'image, mais qui en même temps la déforment et la rendent moins reconnaissable en raison des jeux de lumière qui se produisent toujours sur des surfaces courbes. Le miroir plan est donc préférable, à moins qu'on ne veuille examiner en détail un point très-restreint du larynx.

On a tenté de substituer aux miroirs ordinaires le miroir platiné. C'est une lame de verre sur laquelle on a fixé une légère couche de platine ; — ces miroirs sont inaltérables, mais ils sont beaucoup moins clairs ; aussi en a-t-on abandonné l'usage.

4° Quant aux *instruments de traitement*, le nombre de ceux qui sont réellement indispensables pour la

pratique est très-restreint. Le plus simple de tous est l'éponge fixée à l'extrémité d'une tige métallique recourbée. M. Trouvé a imaginé une griffe fort ingénieuse ; on place dans cette griffe un peu de coton que l'on plonge dans le liquide médicamenteux et que l'on porte ensuite dans le larynx. Cette griffe est très-supérieure à l'éponge laryngée fixe ; elle est plus propre, on peut changer le coton pour chaque malade, ce que l'on ne pouvait faire avec l'éponge fixe. — Il est très-désirable que tous ces instruments, fixés dans leur manche au moyen d'une vis de pression, aient une tige carrée qui les empêche de tourner dans le manche, et qui permette ainsi plus de précision dans leur emploi.

On se sert souvent aussi, pour badigeonner l'orifice supérieur du larynx, d'un pinceau en blaireau fixé à l'extrémité d'une tige recourbée ; lorsque l'on veut faire pénétrer le pinceau dans le larynx même, il doit être beaucoup plus mince. Quand nous aurons parlé du porte-pierre laryngien à tige recourbée, nous aurons énuméré les instruments qui suffisent, dans la majorité des cas, au traitement des affections laryngées. Signalons cependant l'ingénieuse pipette de M. Krishaber, au moyen de laquelle on peut porter directement quelques gouttes de liquide dans le larynx.

Les pinces à polypes sont de deux sortes : à écartement antéro-postérieur (Cusco, Mackenzie) ou a écar-

tement bilatéral (Fauvel, etc.). Celles-ci ont le grand avantage de laisser passer le faisceau lumineux entre leurs branches ouvertes, mais le sens dans lequel elles s'écartent ne leur permet pas de pénétrer facilement entre les cordes vocales; aussi pour les polypes sous-glottiques doit-on préférer les pinces à écartement antéro-postérieur, et notamment celle de Mackenzie, dont les mors saisissent parfaitement les tumeurs et ne les laissent pas échapper. C'est du reste une question d'art dont la solution varie suivant chaque polype en particulier.

Nous ne vous dirons rien des électrodes, des galvanocautères, des insufflateurs, des pulvérisateurs, etc.; cela nous entraînerait beaucoup trop loin. D'ailleurs, aucune description ne saurait donner une idée exacte de tous les instruments dont je vous ai parlé; il faut les manier soi-même et se mettre à l'œuvre le plus tôt possible.

TROISIÈME LEÇON

CLASSIFICATION DES MALADIES DU LARYNX ET DU PHARYNX

SOMMAIRE. — Classifications anatomiques, anatomo-pathologiques et nosologiques. — Exposé et critique de la classification du professeur Lasègue. — Classification de l'auteur : Angines simples ou locales (aiguës, catarrhales, toxiques, etc.); angines localisées ou secondaires (inflammatoires, spécifiques, diathésiques); tumeurs, névroses.

Nous abordons aujourd'hui l'étude de la pathologie laryngée proprement dite; mais avant de passer à l'étude clinique de chaque maladie, nous devons, pour fixer le langage dont nous aurons à nous servir, tracer la nomenclature générale de ces maladies, et, selon le programme que nous nous sommes tracé, chercher une classification qui puisse s'appliquer à la fois aux affections du larynx et à celles des organes voisins qui ont tant de connexités avec l'organe vocal, c'est-à-dire aux affections du pharynx, de la bouche et des fosses nasales. L'ancien nom d'angine, qui s'appli-

quait aussi bien aux angines pharyngées que laryngées, sera celui que nous conserverons provisoirement pour établir les bases de cette classification, puisque son sens vague répond précisément au caractère de généralité que nous cherchons à donner à notre nomenclature.

On a classé les angines de différentes manières. Les uns ont adopté des divisions purement *anatomiques*, et, après avoir distingué les angines laryngées et les angines pharyngées, ils ont divisé ces dernières, selon la région affectée, en *amygdalite*, pharyngite *supérieure* ou *sus-palatine*, pharyngite *moyenne* et pharyngite *inférieure*. Ces dernières divisions, sauf l'amygdalite, qui constitue une espèce très-naturelle, sont purement fictives : l'inflammation ne se réduit pas à des régions aussi bien délimitées ; le plus grand inconvénient de cette classification topographique est de ne nous donner aucune notion sur la nature de l'affection, et par suite de ne fournir aucune indication thérapeutique, en dehors des simples antiphlogistiques.

D'autres classifications, encore anatomiques, ont fait un pas de plus vers la vérité, en distinguant dans les angines les *éléments anatomiques* qu'elles atteignaient : on a ainsi établi l'angine *glanduleuse*, l'angine *superficielle* et l'angine *sous-muqueuse*. C'est là un progrès, mais il est encore insuffisant. L'angine glanduleuse est, comme nous le verrons bientôt, une

espèce très-difficile à définir : souvent elle paraît purement locale; d'autres fois elle reconnaît des causes plus générales, telles que l'alcoolisme; d'autres fois, elle est liée à la constitution même du sujet, aux diathèses dartreuse, herpétique, scrofuleuse et tuberculeuse. L'angine pharyngée superficielle répond bien au catarrhe simple, mais les angines sous-muqueuses se retrouvent dans plusieurs espèces d'angines graves, et d'ailleurs l'expression de sous-muqueuses manque elle-même de précision ; il faudrait distinguer encore l'inflammation du tissu cellulaire sous-muqueux, de celle qui se passe sous le périchondre et à la surface même des cartilages laryngiens.

Nous voyons déjà qu'il est nécessaire d'invoquer d'autres considérations que celles de l'anatomie de région ou de structure, et que la nature des *lésions* doit, comme dans toute question de pathologie, acquérir une importance majeure. Aussi la plupart des nosologistes ont-ils appliqué aux angines pharyngées et laryngées les classifications anatomo-pathologiques adoptées pour d'autres organes, et ont-ils décrit successivement :

La congestion ;
L'inflammation simple;
L'inflammation pseudo-membraneuse :
— ulcéreuse ;
— gangréneuse;
L'inflammation œdémateuse ;

auxquelles ils ont ajouté :

> Les périostites et les périchondrites ;
> Les rétrécissements (sténoses et ankyloses).

Nous sommes déjà sur un terrain plus satisfaisant : mais que d'objections on peut encore adresser à cette classification purement anatomo-pathologique ! En effet, si nous nous bornons à décrire les lésions seules, sans faire intervenir la symptomatologie et surtout l'étiologie de ces lésions, nous allons confondre des choses fort dissemblables, des maladies aiguës avec des maladies chroniques, des maladies saisonnières avec des maladies infectieuses ou constitutionnelles. Ainsi l'angine pseudo-membraneuse se trouve dans la diphthérie proprement dite, dans la scarlatine, dans l'angine diphthéroïde, dans l'herpès guttural.

Les ulcères s'observeront dans la syphilis, dans la scrofule, dans la tuberculose, et peut-être dans le catarrhe simple ; les gangrènes et les nécroses dans la fièvre typhoïde, dans la scrofule, dans la tuberculose.

L'œdème de la glotte, dont beaucoup de pathologistes font encore une espèce, s'observe en réalité dans toutes les angines graves, comme épiphénomène.

Aussi, sans méconnaître l'importance des lésions anatomo-pathologiques, et tout en étant très-résolu

à leur emprunter des éléments de classification, nous devons reconnaître que les lésions seules ne nous fournissent pas une classification complète. La plupart des pathologistes y ont ajouté des catégories tirées de l'enchaînement des symptômes, de la marche de l'évolution de la maladie, et ont distingué tout d'abord des angines *aiguës*, des angines *chroniques*, des angines *secondaires*, et la plupart ont admis la *spécifité*, au moins pour la diphthérie et les fièvres éruptives. Il est évident, en effet, que pour arriver à une nomenclature philosophique, et à des espèces vraiment naturelles, il faut faire appel à toutes les notions dont se compose notre science pathologique..

M. le professeur Lasègue, dans son *Traité des angines*, ouvrage rempli d'observations délicates et d'aperçus ingénieux, a adopté une nomenclature dont nous devons tenir grand compte, non-seulement à cause du nom et de la position scientifique de son auteur, mais surtout pour l'originalité des vues qui l'ont inspiré. Frappé des relations de certaines angines aiguës avec les maladies générales fébriles, frappé des manifestations des fièvres éruptives sur les muqueuses des premières voies, et de l'analogie anatomique de ces muqueuses avec le tégument externe, l'auteur s'est demandé s'il n'existerait pas une dermatologie de l'arrière-gorge, dont les espèces répondraient aux espèces des dermatologistes, et si

l'on ne pourrait établir ainsi des *espèces naturelles*, analogues aux *familles botaniques* (ouvr. cité, p. VII). Dans ces idées, il a réparti les angines pharyngées dans les cadres suivants :

Angines éruptives : scarlatineuse ;
— morbilleuse ;
— varioleuse ;
— herpétique ;
— syphilitique ;
— acnéique ;
— urticaire gutturale ;
— psoriasis et pemphigus.

Angine érysipélateuse ;
— rhumatismale ;
— phlegmoneuse ;
— diphthéroïde ;
— diphthérique (il ne la décrit pas) ;
— catarrhales ;
— — chronique diffuse ;
— pharyngite catarrhale (il y fait rentrer l'angine glanduleuse) ;
— amygdalite chronique ;
— catarrhe de la luette et du voile du palais ;

et il ajoute :

tumeurs et affections cancéreuses ;
névroses.

Il y a un grand nombre d'objections à faire à cette nomenclature : d'abord ce n'est pas une classification, et l'auteur n'a pas eu la prétention d'en faire une. Il s'en défend lui-même dans son introduction. Ce n'est pas même une nomenclature com-

plète; il signale lui-même un bon nombre de lacunes qu'il n'a pu remplir, telles que les angines toxiques, les angines des grandes pyrexies (f. typhoïde, choléra), celle des phthisiques qu'il avoue n'avoir pu caractériser suffisamment. (*Traité des angines*, introduction, p. xv à xxii.)

C'est donc simplement une *revue d'espèces*, qu'il nous a présentée, espèces ingénieusement observées et décrites, mais qui, sauf le premier groupe, ne présentent aucune idée d'ensemble.

Ainsi le second groupe n'est pas formé : M. Lasègue énumère et décrit l'une après l'autre les angines *érysipélateuse*, *rhumatismale*, *phlegmoneuse*, *diphthéroïde* et *diphthérique* (il passe à dessein cette dernière sous silence), sans leur assigner de grands caractères généraux ; ce sont des *incertæ sedis*, qui n'ont aucun lien entre elles, si ce n'est de coïncider avec des affections générales, de précéder, d'accompagner ou de suivre des états fébriles graves ; or ce caractère de généralité appartenait déjà au premier groupe, et l'on peut se demander pourquoi l'angine érysipélateuse n'est pas rangée parmi les angines éruptives. L'angine rhumatismale n'a pas d'autre caractère propre que celui de coïncider avec un rhumatisme aigu. Ses caractères extérieurs ne permettraient guère de la distinguer d'une angine aiguë, telle que l'angine érysipélateuse et la phlegmoneuse.

Le troisième groupe, les angines catarrhales, est

encore moins systématisé peut-être : l'origine catarrhale en est le seul lien commun, sans qu'elle soit toujours bien démontrée. Mais les subdivisions sont purement topographiques, ou résultant d'apparences symptomatiques. On s'étonne d'y voir figurer l'amygdalite chronique, qui résulte plutôt d'un état congénital ou diathésique que d'une influence catarrhale.

Le premier groupe, celui des angines éruptives, est certainement le mieux tracé. Les angines des fièvres éruptives proprement dites sont parfaitement décrites, et font admirablement ressortir les connexions des grandes pyrexies avec les localisations inflammatoires des premières voies. L'esprit est également satisfait du rapprochement de l'herpès guttural avec ce groupe naturel. Mais nos idées pathologiques sont froissées quand nous y voyons comprendre la syphilis. Quoi, cette maladie est-elle une éruption, est-elle une fièvre éruptive? M. Lasègue nous dit, il est vrai, qu'il rend au mot *éruption* son sens primitif, son sens le plus large, le plus vulgaire désignant toute espèce d'exanthème cutané. D'accord, mais il y a quelque inconvénient à faire rétrograder le langage scientifique, quand il a pris, fût-ce même à tort, une signification particulière; par exemple, on fait difficilement comprendre aujourd'hui que le nom d'apoplexie ne veuille dire hémorrhagie cérébrale. Involontairement, c'est toujours le premier

sens que nous lui attribuons. Mais pour la syphilis l'expression d'éruption est encore plus forcée. La syphilis n'est pas seulement un exanthème ; si les roséoles, les plaques muqueuses, et quelques syphilides résolutives peuvent être ainsi désignées, il n'en est plus de même des ulcères profonds, des dermatoses invétérées, et encore moins des gommes, des exostoses, des nécroses que produit cette grande intoxication. Or, toutes ces lésions graves ont leurs analogues dans la gorge, il faut les prévoir dans une classification. L'angine acnéique, l'urticaire gutturale, le pemphigus et le psoriasis guttural sont loin d'être suffisamment précisés dans le livre de M. Lasègue, et leur étiologie reste obscure.

En somme, on peut reprocher à l'éminent professeur d'avoir basé ses espèces presque exclusivement sur des caractères extérieurs. Il invoque, pour justifier sa nomenclature, l'exemple des dermatologistes qui ont décrit « les lésions spécifiques désignées sous les titres de vésicule, de pustule, de bulle, etc. » (*Traité des angines*, p. 2), au moment même où la dermatologie vient de renoncer à cette histoire naturelle stérile, pour puiser dans la notion des diathèses une rénovation féconde au point de vue thérapeutique. Pour employer une comparaison, dont M. Lasègue, fils d'un botaniste distingué, reconnaîtra lui-même la justesse, les espèces qu'il établit me rappellent trop les familles botaniques de Linné et

de Tournefort, basées sur des caractères extérieurs. Nous voulons essayer d'aller plus loin, et de faire une classification analogue à la méthode naturelle de Jussieu pour ne pas nous perdre dans un morcellement indéfini des espèces et des types.

Rendons d'ailleurs toute justice à M. Lasègue. La nomenclature qu'il ne nous a présentée lui-même que comme un essai provisoire, a mis parfaitement en lumière l'idée fondamentale qui nous a guidé ensuite dans la classification que nous allons proposer : c'est la *notion d'affection générale*, rendue à un grand nombre d'angines, dans lesquelles les traités de pathologie ne voyaient que des maladies locales ; c'est l'état général fébrile qui domine bien des manifestations morbides, dont la localisation est déterminée par cette cause vague, mais réelle, qu'on appelle la *prédisposition* pour les maladies aiguës; c'est pour les angines chroniques, la diathèse, dans laquelle M. Lasègue a nettement entrevu (*Ibid.*, Introduction, p. XII) la base réelle d'une classification méthodique des angines. « Il est certain, dit-il, que la nosologie des affections angineuses chroniques ne sera assise sur *sa vraie base* que le jour où on aura le droit d'ouvrir un chapitre à l'angine chronique herpétique ou goutteuse au même titre qu'à l'angine morbilleuse ou scarlatineuse. Nous sommes encore loin d'une si souhaitable précision. »

M. Lasègue s'est donc arrêté par modestie sur la

route de la vérité qu'il avait indiquée. Nous avons fait pour notre part quelques tentatives pour marcher plus avant dans cette voie, et après avoir obtenu quelques résultats pratiques, nous n'hésitons pas à présenter une classification basée sur cette nosologie vraie qu'invoquait M. Lasègue.

La classification que nous proposons est une classification étiologique, et pour nous, en effet, l'étiologie est la véritable base de la détermination des espèces morbides. Sans doute cette base nous fait souvent défaut, sans doute les espèces qu'elle nous indique ne sont pas encore dégagées entièrement par des caractères différentiels suffisants, mais si l'idée fondamentale est vraie, pourquoi tarder à la proclamer? pourquoi ne pas tracer immédiatement des cadres rationnels où viendront successivement prendre place, et se fixer les espèces naturelles que les progrès ultérieurs de la science nous feront reconnaître? C'est dans cet ordre d'idées que nous avons tracé la classification que je vais avoir l'honneur de vous proposer.

Nous divisons d'abord les angines en *angines simples* ou *locales* se développant sous l'influence de causes banales, et en angines *localisées* ou *secondaires* sous l'influence d'une maladie générale. Ainsi se trouvent constituées deux grandes classes dans lesquelles peuvent entrer toutes les angines. Nous y ajouterons deux autres classes : les *processus non in-*

CLASSIFICATION DES ANGINES

				PHARYNGITES
I. Angines simples ou locales (sous l'influence de causes banales). . . .				*aiguë* (phlegmoneuse). — amygdalite. catarrhale { aiguë. chronique . . . . folliculeuse ou glanduleuse. toxiques après absorption du poison — belladone. — iode. — brôme. — alcoolique. — urticaire. . . . . — nicotinique. parasitaire-muguet.
II. Angines localisées ou secondaires (sous l'influence d'une maladie générale)	inflammatoires (par maladie générale *incertæ sedis*).			érysipélateuse. herpétique (herpès proprement dit). diphthéroïde. rhumatismale.
	spécifiques	des fièvres	éruptives.	varioleuse. morbilleuse. scarlatineuse.
			continues.	typhoïde.
		de poisons morbides divers.		morveuse. cholérique? diphthérique (angine maligne). syphilitique.
	diathésiques.			ang. tuberculeuse (granulie pharyngienne). angine scrofuleuse. angine dartreuse { eczéma. psoriasis. pityriasis. arthritique (*acné* de Lasègue?).
III. Processus non inflammatoires, tumeurs.	bénignes.			papillaires. muqueuses. fibreuses.
	malignes.			cancer.
IV. Troubles de l'innervation.	paralysies.			paralysie.
	spasmes.			spasme pharyngien.

PHARYNGÉES ET LARYNGÉES

LARYNGITES	MALADIES ANALOGUES DANS LES ORGANES VOISINS		
	BOUCHE	FOSSES NASALES	BRONCHES
aiguë (par irritants directs).	stomatite aiguë.	coryza aigu (par irritants directs).	bronchite (par irritants directs).
. . . .	— glossite profonde.	. . . .	
catarrhale { aiguë.	»	coryza catarrhal aigu.	bronch. catarrh. aiguë.
catarrhale { chronique	»	— chronique.	— chronique.
striduleuse (faux croup)		. . . .	coqueluche.
glanduleuse?	stomatite aphtheuse.	. . . .	. . . .
toxiques après absorption.	stomatite toxique.	coryza toxique après absorption.	. . . .
— belladone.		. . . .	. . . .
— iode.	stomatite iodique.	coryza iodique.	. . . .
. . . .	. . . .	. . . .	. . . .
— alcoolique.	. . . .	. . . .	. . . .
. . . .	stomatite mercurielle.	. . . .	. . . .
nicotinique.	stomatite des fumeurs.	. . . .	. . . .
. . . .	muguet.	. . . .	. . . .
érysipélateuse.	érysipèle.	érysipèle.	érysipèle.
?	herpès labialis.	herpès nasal.	. . . .
diphthéroïde (épiglottite ulcéro-membraneuse).	stomatite ulcéro-membraneuse.	. . . .	
?	. . . .	?	?
varioleuse.	stomatite varioleuse.	coryza varioleux.	bronchite varioleuse.
morbilleuse.	stomatite morbilleuse.	coryza morbilleux.	hronchite morbilleuse.
scarlatineuse.	stomatite scarlatineuse	?	?
typhoïde (laryngite nécrosique).	stomatite typhoïde.	coryza typhoïde (rhinonécrosie).	hronchite typhoïde.
morveuse.	stomatite morveuse.	coryza morveux.	. . . .
?	?	?	?
diphthérique (croup).	stomatite diphthérique.	coryza diphthérique.	bronch. diphthérique.
syphilitique.	stomatite syphilitique.	coryza sypbilitique.	bronch. syphilitique.
laryngite tuberculeuse (phthisie laryngée).	glossite tuberculeuse.	?	bronch. tuberculeuse.
laryngite scrofuleuse.	?	ozène.	. . . .
laryngite dartreuse. { eczéma.	eczéma de la langue.	. . . .	?
{ psoriasis.	psoriasis de la langue.	. . . .	?
{ pityriasis.			
laryngite arthritique.	psoriasis lingual.	. . . .	. . . .
papillomes.	. . . .	. . . .	. . . .
polypes { muqueux. fibreux.		polypes { muqueux. fibreux. }	. . . .
cancer.	cancer et cancroïde de la langue.	cancer.	. . . .
paralysie { des constricteurs laryngiens.	paralysie de la laugue.	. . . .	. . . .
{ du dilatateur.			
spasme (asthme de Millar).	. . . .	. . . .	. . . .

flammatoires (polypes, tumeurs diverses, cancers), et les *troubles de l'innervation*. Il est bien entendu que ces deux dernières classes n'ont rien de commun avec les angines inflammatoires, comprenant des affections pharyngo-laryngées d'une nature tout à fait différente.

I. Angines simples ou locales. — Nous rencontrons tout d'abord dans cette classe l'angine aiguë, phlegmoneuse, ayant son analogue dans le larynx, la bouche, les bronches et même le poumon. Nous plaçons à côté l'amygdalite. C'est une angine tout à fait spéciale par l'organe qui est le siége de la lésion et par les caractères particuliers que revêt l'inflammation sur ce point, inflammation parenchymateuse et suppurée. Il n'y a guère que l'amygdale qui puisse atteindre un tel degré de gravité sous l'influence du froid seul. Le poumon, dans la pneumonie franche, n'atteint lui-même la période suppurative qu'exceptionnellement, et après une exsudation plastique préalable. Il est à remarquer que ce premier groupe ne reconnaît guère pour les muqueuses de la gorge, du larynx, des fosses nasales et des bronches que des inflammations en quelque sorte traumatiques ou par irritants directs, et que le froid simple produit ordinairement des affections catarrhales.

Le second groupe formé par les *angines catarrhales* est également très-naturel : il comprend les angines catarrhales aiguës et chroniques avec leurs analogues

dans les bronches et les fosses nasales. On peut en rapprocher la laryngite striduleuse, qui n'est qu'une laryngite catarrhale compliquée d'un élément spasmodique. Évidemment la laryngite striduleuse n'a pas d'analogue dans le pharynx; peut-être dans les bronches pourrait-on en rapprocher la coqueluche, dont le siége anatomique est d'ailleurs loin d'être déterminé.

L'angine *folliculeuse* ou *glanduleuse*, angine chronique qui a son siége spécial dans les glandules du pharynx, forme aussi une espèce assez difficile à classer. Elle a son analogue dans la stomatite aphtheuse; mais dans le larynx, il est douteux qu'il y ait une inflammation glanduleuse véritable. Nous reviendrons du reste sur cette question quand nous parlerons spécialement de cette affection.

Les angines *toxiques* forment aussi un groupe très-naturel, auquel M. Lasègue a donné place dans sa classification (ouvr. cité, p. 15). Il faut distinguer parmi les angines toxiques celles qui agissent par *action directe du poison*, et celles qui ne se produisent qu'*après absorption*. Les premières, résultant de l'ingestion de substances caustiques, acides ou alcalis, par exemple, qui irritent fortement les tissus, ne diffèrent pas en réalité des angines aiguës de notre premier groupe, où nous invoquions surtout l'action d'une chaleur trop forte, d'un froid trop vif. L'alcool, le tabac peuvent agir directement sur le pharynx

comme irritants locaux ; mais les angines véritablement toxiques procèdent d'une façon plus complexe ; à l'action irritante directe, il faut ajouter les effets généraux qui peuvent se produire après absorption du poison. Les angines alcooliques et nicotiniques ont sans doute ces deux modes d'action. Au second mode se rapportent les accidents qui suivent l'empoisonnement par la belladone, le brôme, l'iode, etc. Il est clair que, dans ces cas, le poison n'agissant sur la gorge qu'après avoir pénétré l'organisme tout entier, les accidents pourraient être à la rigueur rangés dans notre seconde classe, les angines localisées ou secondaires. Mais c'est un sujet encore assez mal connu et nous devons nous borner à marquer la place de ce groupe.

Le dernier groupe de la première classe est formé par les *angines parasitaires*. Le muguet se rencontre surtout dans la bouche et le pharynx, quelquefois dans l'œsophage, et beaucoup plus rarement encore dans l'estomac, mais jamais il ne se propage vers les voies respiratoires, dans le larynx ou les bronches ; il suit en cela une marche inverse de celle de la diphthérie qui ne gagne jamais l'œsophage ; nous savons tous avec quelle facilité celle-ci se propage dans les voies respiratoires.

II. Angines localisées ou secondaires. — Le premier groupe de cette classe est formé par des angines que

nous appellerons *inflammatoires*, reconnaissant d'ailleurs que c'est là un groupe mal déterminé, constitué par des maladies générales *incertæ sedis*.

L'angine érysipélateuse, que nous y rencontrons la première, vous est connue. Mais l'érysipèle se propage parfois bien plus loin que le pharynx et peut gagner le larynx et la trachée, peut-être même peut-il atteindre les bronches et le poumon?

L'herpès a son siége surtout sur les lèvres, dans la bouche, quelquefois dans le pharynx, où il constitue l'angine *herpétique*, laquelle a seulement une ressemblance de nom avec l'angine de l'herpétisme, ou plutôt l'angine *dartreuse*. Nous ne connaissons pas, jusqu'à présent, d'exemples d'herpès proprement dit dans le larynx.

Les angines *diphthéroïdes* comprennent l'angine couenneuse commune, l'angine pultacée, etc. On peut faire rentrer dans ce groupe les épiglottites ulcéro-membraneuses, tout à fait analogues à la stomatite du même nom. Enfin, l'angine rhumatismale est une affection dont l'existence n'est pas douteuse. Elle se produit même quelquefois avant toute manifestation articulaire.

Les *angines spécifiques* comprennent les angines des fièvres et celles qui sont dues à l'influence de poisons morbides divers. Les fièvres éruptives s'accompagnent toutes d'angines plus ou moins intenses, mais ces angines sont souvent aussi bien laryngées

que pharyngées ; malheureusement l'étude laryngoscopique de ces laryngites est encore à faire, et l'anatomie pathologique ne nous a pas toujours donné des notions exactes. Les autopsies nous ont cependant montré des pustules varioliques dans le larynx, et M. Coyne a fait récemment une bonne étude anatomo-pathologique du larynx chez les morbilleux. Trousseau a longtemps combattu l'existence de la laryngite scarlatineuse ; il exprimait son opinion dans cet aphorisme bien connu : *la scarlatine n'aime pas le larynx*. Messieurs, c'est là une erreur, et Trousseau avait fini par le reconnaître lui-même dans les derniers temps de sa carrière. On observe, en effet, bien qu'assez rarement, le croup à la suite de la scarlatine. Un matin, je venais de voir succomber à cette complication le fils d'un député, lorsque entrant à la clinique de l'Hôtel-Dieu, j'entendis Trousseau proclamer son fameux aphorisme ; l'éminent professeur accueillit avec quelque doute l'observation que je lui fis à ce sujet à la fin de la leçon : pourtant le petit malade avait été soigné par Blache, et MM. Barth et Demarquay, et le diagnostic n'était pas douteux. Quelques mois après, Legroux, mon maître, appelait le même professeur Trousseau auprès de la fille d'un notaire de Paris, qui se mourait de la même complication. Trousseau fut alors convaincu, et il pratiqua lui-même sur cette enfant une opération de trachéotomie pour laquelle j'eus l'honneur de lui servir d'aide.

Les angines des fièvres continues, de la fièvre typhoïde, sont connues depuis les travaux de Sestier et de M. Roger. On sait qu'elles aboutissent à des nécroses des cartilages du nez et du larynx.

La morve étend ses lésions des fosses nasales au pharynx et au larynx. Mais l'angine morveuse n'est qu'un élément secondaire d'une si terrible maladie. Quant au choléra, nous ne faisons que marquer sa place; on connaît l'aphonie des cholériques, mais on n'a guère songé à explorer leur larynx.

L'angine diphthérique qui constitue le croup, quand elle passe dans le larynx, et la bronchite pseudo-membraneuse lorsqu'elle s'étend dans les bronches, a été admirablement décrite par Trousseau. Nous n'y reviendrons pas. D'ailleurs, la douleur qui résulterait de l'application du miroir, l'âge des malades chez lesquels la diphthérie se produit ordinairement, rendent à peu près impossible tout examen laryngoscopique. Nous aurons à traiter longuement, au contraire, de l'angine et de la laryngite syphilitiques, dont nous vous ferons voir de nombreux exemples.

III. Le troisième groupe, les ANGINES DIATHÉSIQUES, n'est pas moins défini que les deux précédents, mais il est beaucoup moins étudié, et cependant les affections qui le constituent, comptent parmi les plus fréquentes.

L'angine *tuberculeuse* est peu connue dans le pha-

rynx. M. Lasègue l'y a longtemps cherchée, mais vainement, et cependant, il existe, comme nous vous le démontrerons, une pharyngite tuberculeuse aiguë, due à la production de granulations miliaires dans le pharynx. La laryngite tuberculeuse a été beaucoup plus étudiée, et elle est décrite depuis longtemps sous le nom de *phthisie laryngée;* mais on a autrefois confondu sous le nom de phthisie laryngée bien des choses étrangères à la tuberculose. Il importe de réduire aujourd'hui la phthisie laryngée aux lésions du larynx chez les tuberculeux.

L'angine *scrofuleuse* est encore peu connue. Entrevue par Hamilton (de Dublin), et décrite dans ses formes graves par l'école de M. Bazin, cette maladie a été pour moi l'objet d'études particulières, surtout dans ses premières périodes. J'ai été assez heureux pour rallier à ma manière de voir une aussi haute autorité que M. Lasègue. Quant à la laryngite scrofuleuse, ce n'est encore qu'une maladie ébauchée, qui nous apparaît seulement comme la terminaison, pas toujours constante, de la pharyngite scrofuleuse.

L'angine *dartreuse* (nous ne disons pas herpétique, parce que cet euphémisme porte à la confondre avec l'herpès proprement dit, décrit ci-dessus) s'observe dans le pharynx, dans la bouche et dans le larynx, concurremment avec plusieurs dermatoses, telles que l'eczéma, le psoriasis, le pityriasis. Bien que les affections laryngées qui en dépendent paraissent assez

fréquentes, il n'est pas encore très-facile d'en préciser les caractères.

Quant à l'angine *arthritique*, c'est une espèce très-mal déterminée, encore à peu près inconnue. Néanmoins, nous croyons être déjà arrivé à connaître quelques caractères qui peuvent lui être attribués. Les angines décrites par M. Lasègue, et qui se produisent en même temps que des éruptions d'acné, nous paraissent rentrer dans ce groupe, ou s'en rapprocher beaucoup.

Dans les deux autres classes de notre tableau, il n'y a plus à faire intervenir l'inflammation ; nous avons placé ces affections à la suite des précédentes, seulement parce qu'elles se produisent aux dépens des mêmes organes, et non pas à cause d'une analogie de nature.

On peut diviser les TUMEURS, en tumeurs bénignes, papillômes, polypes, et fibromes, et en tumeurs malignes ou cancers. Le cancer, assez rare dans le pharynx, puisque M. Lasègue n'en décrit qu'un cas bien caractérisé, est au contraire assez fréquent dans le larynx, et, chose remarquable, il nous a paru le plus souvent *primitif*, c'est-à-dire ne coïncidant avec aucune autre manifestation cancéreuse dans d'autres organes.

IV. Quant aux NÉVROSES, qui forment notre dernière classe, ce sont des *paralysies* ou des *spasmes*

du pharynx ou du larynx. Les premières sont ordinairement symptomatiques de quelques tumeurs thoraciques (anévrysmes, adénopathie bronchique), ou de quelque lésion cérébrale portant sur l'origine de la huitième paire. Les spasmes, assez peu connus jusqu'à présent, nous apprendront des choses assez intéressantes sur les actions réflexes du larynx et de la trachée.

Telle est la classification que nous proposons pour les angines pharyngées et laryngées. Il y manque encore bien des choses ; certaines cases sont encore vides, elles pourront être remplies ultérieurement, si l'on vient à trouver des espèces nouvelles. Certaines espèces ne sont peut-être pas à leur place, on pourra les changer, quand on les connaîtra mieux.

D'autres espèces disparaîtront peut-être sous l'influence d'études ultérieures. Nous espérons toutefois que les grandes lignes de notre classification seront peu modifiées; ce n'est pas seulement parce que nous les trouvons rationnelles, nous pourrions nous faire des illusions à cet égard ; mais c'est parce que nous les voyons s'adapter également bien aux affections des muqueuses similaires ou voisines, au larynx comme au pharynx, à la bouche comme aux fosses nasales ou aux bronches. De plus, notre classification entre dans la nature même des maladies ; elle est féconde en applications thérapeutiques, car elle n'expose jamais à perdre de vue les causes générales, et nous permet

ainsi de prévoir les récidives et de les prévenir. Les angines et les laryngites sont rarement locales; et même parmi celles que nous avons classées sous ce titre, il en est peu, sauf le traumatisme et les irritants directs, pour lesquelles on ne pourrait faire intervenir des influences générales, telles que la prédisposition, et, pour les maladies chroniques, la diathèse. Les poisons chroniques se rapprochent singulièrement, dans leur mode d'action, des spécificités et des diathèses.

Quelque imparfait que puisse être notre cadre, nous le livrons pour ce qu'il est; et nous avons foi dans les idées générales qui nous l'ont fait tracer. On a reproché souvent à l'étude des spécialités de restreindre l'intelligence médicale, d'enfermer celui qui s'y livre dans des limites étroites où il perd rapidement la notion de tout ce qui sort de son sujet de prédilection, et de lui faire oublier les lois générales de la pathologie. Nous nous sommes efforcé d'échapper à ce reproche, en prenant pour base ces idées mêmes de pathologie générale que l'on craindrait de nous voir méconnaître. A vous de juger, si en traçant un chapitre spécial de pathologie, nous avons réussi à rester dans les données d'une saine philosophie médicale.

QUATRIÈME LEÇON

DES LARYNGITES CATARRHALES

Sommaire. — La laryngite catarrhale est le type commun des inflammations laryngées. — Anatomie de la muqueuse laryngée. — Laryngite catarrhale aiguë (lésions, symptômes, diagnostic, traitement). — Laryngite catarrhale chronique (étiologie, lésions et aspect laryngoscopique). — Y a-t-il des ulcérations catarrhales simples? — Diagnostic d'avec les laryngites diathésiques. — Traitement.

Nous n'avons pas l'intention de faire un exposé dogmatique des maladies du pharynx et du larynx, ni de remplir colonnes par colonnes tous les cadres de la classification, dont nous avons tracé le tableau. Nos réunions étant avant tout des *conférences cliniques*, nous ne suivrons pas d'autre ordre que celui dans lequel se présenteront les cas soumis à notre observation. Les plus communs passeront donc les premiers.

Nous n'avons pas à vous parler des angines aiguës. Les pharyngites aiguës phlegmoneuses, les laryngites

par irritants directs ont été bien décrites partout, et d'ailleurs l'emploi du laryngoscope serait trop douloureux pour être praticable dans ce genre d'affections.

Il n'y a également rien à dire à notre point de vue sur la pharyngite catarrhale aiguë ou sur l'amygdalite, bien étudiées avec le simple abaisse-langue.

Nous parlerons plus tard des angines catarrhales chroniques qui présentent beaucoup plus d'intérêt.

Mais nous rencontrons tout d'abord en abordant l'étude des laryngites catarrhales, un *type commun* de l'inflammation de la muqueuse de l'organe vocal, dont il importe de bien fixer les traits.

La laryngite catarrhale est certainement la plus fréquente des affections laryngées. Elle est, en effet, l'accompagnement obligé de toutes les autres, le modèle auquel les autres empruntent leur physionomie générale par cela seul qu'elles se développent sur un même tissu anatomique, la muqueuse laryngée. Cette laryngite simple laisse d'ailleurs peu de traces après la mort. Dans les cas où elle existe comme complication d'un autre état morbide, il est très-difficile de distinguer sur le cadavre ce qui est le fait de la laryngite catarrhale elle-même, et ce qui est le fait de l'affection plus grave qui a déterminé la mort; dans les cas où la laryngite existe seule, elle n'entraîne pas la mort. Cela nous montre que les descriptions qu'on en a données jusqu'à l'invention du laryngo-

scope ont été tracées plutôt d'une manière théorique que d'après nature. Toutefois les connaissances générales que nous possédions sur les inflammations des muqueuses avait permis d'arriver à des notions à peu près exactes, auxquelles il faut avouer que le laryngoscope n'a fait qu'ajouter des détails plus précis.

Une connaissance approfondie de la constitution normale de la muqueuse laryngienne, et surtout de celle des cordes vocales et des ventricules, nous est pourtant indispensable pour l'explication de certaines particularités de la laryngite.

Plusieurs points de cette structure anatomique sont longtemps restés obscurs, malgré les travaux de Kölliker, de Luschka, etc. M. Le Dr Coyne a récemment publié dans sa thèse inaugurale et dans les *Archives de physiologie* une étude fort intéressante sur la structure de la muqueuse laryngée, et c'est à ce travail récent que nous emprunterons la description sommaire que nous allons vous en donner.

Comme dans toutes les muqueuses, nous trouvons dans la membrane laryngée un derme muqueux, une couche épithéliale qui le recouvre et des glandules. Elle pourra donc devenir, comme la muqueuse bronchique par exemple, le siége d'une inflammation accompagnée de desquamation épithéliale et d'hypersécrétion glanduleuse, en un mot d'une inflammation catarrhale.

L'épithélium du larynx, comme celui des voies respiratoires en général, est un épithélium cylindrique à cils vibratiles. Cependant, il présente en certains points des modifications importantes. Ainsi, au bord libre des cordes vocales inférieures, il devient pavimenteux sur une largeur d'environ 1 millimètre. Au-dessous de cette couche pavimenteuse, le derme est hérissé de papilles vasculaires et probablement nerveuses (fig. 7). C'est également en ces points que l'on observe le plus souvent la desquamation épithéliale suivie ou non d'un travail ulcératif.

On observe une zone analogue d'épithélium pavimenteux sur les cordes vocales supérieures ou bandes ventriculaires.

Les glandules du larynx existent surtout à la face postérieure de l'épiglotte et au niveau du coussinet graisseux situé à la base de cet organe, où on les a décrites depuis longtemps. On les observe également en très-grand nombre dans l'épaisseur des cordes vocales supérieures à la structure desquelles elles prennent une part très-importante.

Aux cordes vocales inférieures, M. Coyne décrit deux groupes de glandes en grappe, venant s'ouvrir sur leur face supérieure. Le corps de la glande est placé entre le derme muqueux et les parties contractiles sous-jacentes; quant au conduit excréteur, il se porte obliquement en haut et en dedans, de telle sorte qu'il vient s'ouvrir non loin du bord libre de la

corde vocale sur lequel est déposé le produit de ces glandes. M. Coyne décrit en outre deux groupes glandulaires analogues sur la face inférieure de la corde

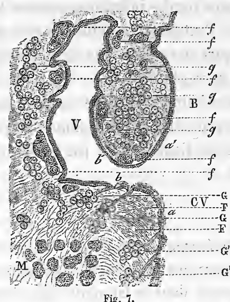


Fig. 7.
Structure de la muqueuse laryngée, d'après M. Coyne. Coupe verticale des cordes vocales et du ventricule laryngien.

B, *bande ventriculaire* ou corde vocale supérieure, ne contenant aucun élément fibreux ni contractile. — *V*, cavité du ventricule laryngien.
CV, corde vocale inférieure ou corde vocale vraie.
ab, zone d'épithélium pavimenteux au bord libre de la corde vocale vraie, correspondant à la couche des papilles.
a'b', même zone épithéliale au bord libre de la bande ventriculaire, mais sans papilles sous-jacentes.
fff, follicules clos dans la muqueuse du ventricule.
ggg, glandes en grappes au centre de la bande ventriculaire et dans la muqueuse du ventricule.
GG, groupe glandulaire de la face supérieure de la corde vocale.
G'G', — — de la face trachéale de la même corde vocale.
F, ligament fibro-élastique de la corde vocale.
M, fibres du muscle thyro-aryténoïdien.

vocale. La disposition de ces glandes peut nous expliquer l'aspect *chassieux* que présentent les cordes vocales dans certaines laryngites chroniques.

Outre ces glandes en grappes, M. Coyne décrit dans le larynx des *follicules clos* sans conduits excréteurs : on en trouve tout autour du ventricule de Morgagni. Mais les cordes vocales inférieures en sont tout à fait dépourvues. Peut-être ces follicules clos sont-ils le point de départ des ulcérations laryngées de la fièvre typhoïde et de la phthisie.

Nous allons voir dans quelle mesure les notions précédentes peuvent servir à expliquer ce que montre le laryngoscope. Commençons par la laryngite catarrhale aiguë :

A. Laryngite catarrhale aiguë. — Les trois caractères principaux que présente au laryngoscope la muqueuse laryngée dans la laryngite catarrhale sont la rougeur, la desquamation épithéliale, et l'épaississement des parties intéressées. Ces parties sont par ordre de fréquence : les replis aryténo-épiglottiques, l'infundibulum laryngien, la face postérieure de l'épiglotte et les cordes vocales. C'est l'ordre indiqué par MM. Peter et Krishaber : je ne vois aucune raison de le changer. La rougeur de l'infundibulum laryngien et de la face postérieure de l'épiglotte est souvent un peu sombre. Il ne faut du reste pas oublier que la coloration de l'épiglotte est normalement plus foncée que celle des parties voisines. C'est même là une cause d'erreur, dont il faut se défier : sans quoi l'on

s'exposerait à croire l'épiglotte enflammée, alors qu'elle est parfaitement saine.

Les cordes vocales présentent ordinairement une coloration uniforme, variant depuis la teinte rose pâle jusqu'au rouge foncé, sur le fond de laquelle on distingue souvent de fines arborisations vasculaires disposées en général suivant l'axe longitudinal des cordes vocales. Quand l'inflammation est très-intense, il peut se produire de petites taches ecchymotiques le long des vaisseaux ou dans l'épaisseur du tissu.

La muqueuse perd en même temps son aspect poli et humide. Les cordes vocales prennent un aspect terne et desséché. Ces modifications sont dues à l'exagération de la prolifération épithéliale, et à la desquamation légère qui se produit à la surface de la muqueuse.

Enfin, l'épaississement des cordes vocales entraîne leur changement de forme; elles n'apparaissent plus comme deux rubans aplatis, mais comme deux cordes cylindriques juxtaposées.

Les cordes vocales supérieures peuvent être prises à leur tour. Elles contiennent, comme nous l'avons dit tout à l'heure, un grand nombre de glandules, et sont formées d'un tissu très-lâche. Aussi leur gonflement peut-il être considérable, et masquer la vue des cordes vocales inférieures. Toutefois, avec quelques tâtonnements, on peut arriver ordinairement à voir les cordes inférieures, restées plus ou moins blan-

ches, apparaissant derrière les cordes vocales supérieures ; mais on ne voit plus que leurs bords, et l'image rappelle celle d'une tenture formée de deux paires de rideaux superposées, les rideaux rouges placés les premiers ne laissant apercevoir que la frange des rideaux blancs. Au premier abord un observateur inexpérimenté pourrait prendre les cordes vocales supérieures, ainsi augmentées de volume, pour les cordes vocales inférieures malades; mais en faisant faire au malade de larges inspirations, on peut facilement apercevoir le bord des vraies cordes vocales.

Symptômes. — La voix devient rauque, enrouée, en raison de l'épaississement croissant des cordes vocales. Elle prend un timbre plus grave; et si le malade veut chanter, il se produit des couac, dus à la tension imparfaite des cordes vocales. Quelquefois, mais rarement, il y a une véritable aphonie.

La douleur est très-peu vive : c'est un picotement, un chatouillement plutôt qu'une véritable douleur. Cette sensation a lieu surtout quand le malade inspire un air froid ou chargé de vapeurs irritantes. La douleur est beaucoup plus vive lorsque la laryngite est la conséquence d'une brûlure du larynx ou de l'ingestion d'une substance caustique, mais ces laryngites suraiguës ne sont pas des laryngites catarrhales.

La toux de la laryngite est brève, quinteuse; quel-

quefois même elle consiste en une série d'expirations bruyantes suivie d'une reprise comme dans la coqueluche. Ce caractère spasmodique de la toux se rencontre aussi dans la laryngite striduleuse, dans la rougeole, dans la grippe. Or, il y a dans le larynx un point particulièrement plus sensible et donnant naissance à des phénomènes prononcés de sensibilité réflexe; ce point est la commissure interaryténoïdienne. Le larynx, contrairement à l'opinion commune, présente une assez grande tolérance pour tous les attouchements que l'on y exerce même avec des substances caustiques, lorsqu'on ne touche que la partie antérieure des cordes vocales ou de l'infundibulum laryngien; mais si l'on vient à toucher la commissure interaryténoïdienne, surtout à un niveau un peu bas vers la face postérieure de la trachée, aussitôt éclate une toux quinteuse, suivie d'une inspiration bruyante, analogue à celle de la coqueluche et accompagnée d'un sentiment de dyspnée très-pénible pour le malade, et qui rappelle ce qui se passe chez les personnes qui *avalent de travers*, ou qui sont atteintes des laryngites spasmodiques que nous venons de mentionner. Il serait intéressant de rechercher si l'anatomie pathologique de la coqueluche ne révélerait pas une lésion quelconque de ce point spécial. Mais les malades ne meurent guère que des complications de la coqueluche : de sorte qu'il est alors fort difficile de faire la part de ce qui appartient à la maladie pre-

mière. — Il serait également bon de voir si l'on ne parviendrait pas à modifier avantageusement la coqueluche, et les toux quinteuses en général, en cautérisant directement la commissure interaryténoïdienne. Quelques succès obtenus par le docteur E. Watson (de Glascow) (*Monthly Journal*, 1849), au moyen des cautérisations du larynx, feraient penser que ce moyen pourrait être efficace, si toutefois il était possible d'appliquer le laryngoscope chez des enfants atteints d'une maladie aussi spasmodique que la coqueluche.

L'expectoration est peu abondante dans la laryngite aiguë, si ce n'est lorsqu'elle s'accompagne de bronchite, mais c'est surtout dans la seconde période, ou période de coction. On a noté alors, comme venant particulièrement des ventricules laryngés, des crachats visqueux, pelotonnés, fusiformes et d'un gris perlé.

La déglutition n'est pas généralement gênée dans la laryngite simple, à moins d'une inflammation très-vive siégeant sur l'épiglotte ou sur les éminences aryténoïdiennes.

MM. Peter et Krishaber, dans leur remarquable article du *Dictionnaire Encyclopédique*, parlent d'un symptôme particulier, qu'ils désignent sous le nom d'*asynergie vocale*, trouble de la phonation produit par une paralysie des muscles du larynx sous l'influence de l'inflammation de voisinage. Je n'ai pas de

raison pour repousser cette interprétation qui me paraît très-rationnelle sans être très-bien démontrée.

La laryngite aiguë catarrhale simple ne s'accompagne pas ordinairement de réaction générale ; cependant chez les enfants et les personnes très-nerveuses, on constate parfois un léger mouvement fébrile.

Marche. — Durée. — La durée de cette affection est généralement courte ; d'après MM. Peter et Krishaber, elle est de dix à quatorze jours. Elle se termine souvent par un catarrhe plus ou moins long, qui peut durer quelques semaines, et qui se propage souvent à la trachée et aux bronches. Enfin, dans certains cas, les symptômes perdent de leur acuité, mais l'enrouement persiste, et la maladie passe à l'état chronique.

Diagnostic. — Les principaux signes qui permettent de reconnaître la laryngite catarrhale sont la toux et les altérations de la voix. Il peut être difficile quelquefois de savoir si les altérations de la phonation que l'on observe tiennent à une laryngite, ou sont d'origine purement nerveuse, comme cela a lieu dans l'asynergie vocale des gens affaiblis ou dans les paralysies des cordes vocales chez les hystériques. L'examen laryngoscopique lèvera tous les doutes, puisque, dans ces derniers cas, les cordes vocales ont

conservé leur couleur blanc nacré, mais ne peuvent s'affronter exactement pour la phonation.

L'œdème de la glotte et le croup se distinguent de la laryngite simple par l'état fébrile, par l'intensité de la dyspnée, par l'inspiration sifflante, le tirage et les autres signes trop connus pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

Le caractère particulier de la toux fera reconnaître facilement la coqueluche. Cependant, au début, le diagnostic peut être un peu plus difficile, parce que la quinte suivie d'une *reprise sifflante* n'est pas aussi marquée qu'elle le sera plus tard.

Enfin la laryngite striduleuse se reconnaît à un spasme violent, débutant brusquement la nuit sans prodrome de fièvre. La laryngite striduleuse n'est d'ailleurs qu'une laryngite catarrhale qui devient le point de départ d'un état spasmodique plus ou moins intense.

Quand nous aurons étudié les laryngites diathésiques, nous verrons à quels signes il est possible de les reconnaître. Disons dès maintenant que la considération de l'état général du sujet présentera, en pareil cas, la plus grande importance.

Pronostic. — La laryngite catarrhale simple est une affection essentiellement bénigne. — Elle ne présente quelque gravité que chez les orateurs, les chanteurs dont elle peut entraver la profession. Si les malades

persistent à abuser de la parole ou du chant, il se produit des récidives fréquentes qui peuvent aboutir à l'état chronique.

Étiologie. — Le froid, et surtout le froid humide, est la cause la plus fréquente de la laryngite catarrhale : la laryngite peut alors éclater d'emblée, ou provenir de l'extension d'un coryza ou d'une bronchite. L'inspiration d'un air chaud et confiné, ou des vapeurs irritantes, peuvent produire un résultat semblable : il faut éviter aussi les écarts de régime, les excès de boissons, et, en vertu de la connexion très-réelle qui existe entre les organes génitaux et le larynx, les excès vénériens. Il est très-important pour les chanteurs, les orateurs, etc., d'éviter tout abus de ce genre.

Traitement. — Il est fort simple : le repos de l'organe malade, quelques boissons émollientes (espèces pectorales, sirop d'érysimum composé, etc.), quelques révulsifs externes (pédiluves, bains de vapeur), sont ordinairement suffisants. Quant au traitement direct, consistant dans des applications topiques sur le larynx, il est le plus souvent inutile.

B. Laryngite catarrhale chronique. Étiologie. — La laryngite catarrhale chronique succède souvent à la précédente et reconnaît la plupart des causes qui

produisent la laryngite aiguë, lorsque l'action de ces causes se répète souvent ou se prolonge trop longtemps. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme en raison des habitudes alcooliques et de l'abus du tabac que l'on observe si fréquemment chez le premier. Mais le tabac et l'alcool donnent surtout lieu à des angines spéciales, que nous retrouverons dans l'histoire de l'angine glanduleuse. — Quelquefois la laryngite catarrhale est chronique d'emblée, mais alors elle reconnaît le plus souvent une cause diathésique.

Lésions et aspect laryngoscopique. — L'inflammation est moins généralisée que dans les cas aigus ; elle est localisée en certains points, au delà desquels elle ne s'étend guère pendant toute la durée de la maladie. — Ces points sont par ordre de fréquence, selon MM. Peter et Krishaber : 1° La face postérieure de l'épiglotte, localisation facilement explicable, si l'on songe aux glandes nombreuses qui siégent en ce point ainsi qu'au niveau du coussinet graisseux. 2° Les replis aryténo-épiglottiques et les éminences aryténoïdiennes. La face antérieure de l'épiglotte est plus rarement prise. 3° L'infundibulum laryngien, et les bandes ventriculaires (cordes vocales supérieures), sont souvent rougis, plus ou moins gonflés et comme hypertrophiés : c'est surtout dans la laryngite chronique qu'elles produisent l'aspect des doubles rideaux

que nous avons décrit tout à l'heure (fig. 8, 1). Enfin : 4° Les cordes vocales elles-mêmes peuvent être atteintes, et c'est là que nous rencontrons les lésions les plus intéressantes.

Les cordes vocales sont d'un rouge plus ou moins

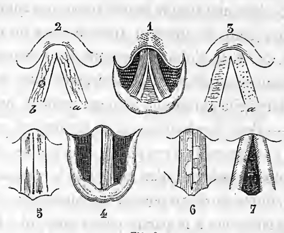


Fig. 8.
Aspects divers des cordes vocales dans la laryngite chronique.

1, doubles rideaux.
2, *a*, arborisations vasculaires. — *b*, idem, avec nodule papuleux.
3, *a*, rougeur en piqueté. — *b*, stries transversales, aspect éraillé.
4, corde voc. droite rouge; corde voc. gauche blanche.
5, coups de pinceau, près des commissures.
6, desquamation par plaques opaques.
7, aspect bombé ou cylindrique.

foncé, briqueté, quelquefois violacé ou plus ou moins grisâtres, mais toujours la rougeur domine. C'est surtout dans les cas chroniques que l'on observe les arborisations formées par de petits vaisseaux variqueux, tantôt longitudinaux (fig. 8, 2, *a*), tantôt en grappes élégantes, tantôt présentant de petits nodules entourés d'une auréole de petits vaisseaux qui vien-

nent s'y réunir : cette disposition ressemble assez exactement à ce que l'on voit dans la conjonctivite pustuleuse (*ibid.*, *b*). Souvent une des deux cordes vocales est rouge, tandis que l'autre conserve sa blancheur (fig. 8, 4). D'autres fois la rougeur est plus limitée : c'est une simple bande rouge, ou comme un très-léger coup de pinceau trempé dans du carmin (fig. 8, 5). Cela s'observe surtout au voisinage des commissures antérieure et postérieure dans certains cas de laryngite chronique avec enrouement assez rebelle. — Cette localisation serait facilement explicable si l'on trouvait en ces points des groupes glandulaires plus abondants qu'au milieu de la corde vocale ; mais M. Coyne ne décrit point d'agglomération glanduleuse particulière à la partie postérieure, ni à la partie antérieure des cordes vocales. Peut-être n'a-t-il pas suffisamment fixé son attention sur ce point, et en reprenant cette partie de l'étude anatomique du larynx, peut-être trouverait-il l'explication de ce fait qui est d'une observation clinique journalière. D'ailleurs on peut l'expliquer en remarquant que la commissure antérieure et la commissure postérieure forment des replis où s'arrêtent plus longtemps les crachats et les mucosités, et le contact prolongé de celles-ci peut être une cause particulière d'irritation pour la muqueuse.

Quelquefois la rougeur est disposée en forme de piqueté fin, ou en stries transversales, perpendicu-

laires à l'axe général de la corde vocale. La rougeur semble alors s'accompagner d'une sorte d'éraillure de la muqueuse, comme si la corde vocale avait été plus ou moins tiraillée ou comme si on l'avait frottée avec un linge rude. Il en résulte que l'aspect des cordes vocales est moins lisse, moins humide, et qu'elles paraissent desséchées. Dans certains cas il se produit une forme particulière de desquamation : on voit apparaître çà et là, sur le bord libre des cordes vocales, des plaques d'un blanc opaque, analogues à celles qui se forment sur des dents dont l'émail commence à s'altérer. Les plaques ne se correspondent pas d'un côté à l'autre et sont irrégulièrement disséminées. On les rencontre surtout dans la zone où l'épithélium cylindrique a fait place à l'épithélium pavimenteux et où ce revêtement épithélial repose sur une couche de papilles, c'est-à-dire dans la zone la plus rapprochée du bord libre des cordes vocales.

La desquamation épithéliale de la muqueuse laryngienne peut-elle être suivie d'une ulcération véritable ? Existe-t-il des ulcérations catarrhales simples ? Plusieurs auteurs l'ont admis, mais le fait nous paraît au moins douteux. Les ulcérations que l'on observe sur le cadavre, nous ont toujours paru liées à des maladies plus graves que la laryngite catarrhale simple, et celles que l'on observe au larynsgoscope sur le vivant, nous ont paru ordinairement être le résultat d'un état diathésique (phthisie, scrofule, sy-

philis, herpétisme) qui devient bientôt manifeste, si l'on peut suivre le malade pendant quelques mois ou quelques années.

Le gonflement des cordes vocales est plus constant que dans la laryngite aiguë, et lui donne cette forme bombée, cylindrique, que nous avons décrite plus haut. Le gonflement est beaucoup plus prononcé dans le vestibule du larynx, sur les aryténoïdes et sur l'épiglotte que partout ailleurs, en raison de la vascularisation plus considérable de toutes ces parties.

L'expectoration se compose de crachats épais, visqueux, paraissant venir le plus souvent des ventricules. Ils produisent souvent un enrouement plus ou moins tenace, qui gêne beaucoup dans l'exercice du chant, et que les artistes désignent sous le nom de *chat* (c'est sans doute un euphémisme pour crachat).

La toux est moins fréquente, moins quinteuse que dans la laryngite aiguë. Il n'y a pas d'aphonie, mais plutôt de la raucité et de l'enrouement. Quant aux symptômes généraux, ils manquent constamment.

Marche. — Cette forme de laryngite est souvent d'une durée fort longue. — Quant au pronostic, il n'est grave que pour les chanteurs ou les orateurs, que cette maladie entrave dans l'exercice de leur profession.

Diagnostic. — Le point important à déterminer,

c'est de savoir si l'on a affaire à une laryngite simple ou à une affection de cause diathésique. Le diagnostic n'est pas toujours facile et devra toujours s'appuyer sur l'absence des signes généraux des principales diathèses. A ne considérer que le larynx, on peut dire d'une manière générale que la laryngite a d'autant plus de chances d'être *simple* ou *primitive*, qu'elle est *plus généralisée*, *plus diffuse* et *la rougeur plus uniforme*. Au contraire, dans les laryngites diathésiques, la rougeur est isolée en des points variables, selon les différentes variétés de taches, de plaques, de stries ou d'arborisations que nous avons décrites ci-dessus, et les parties de la muqueuse placées entre les points atteints sont à peu près saines. Le siége ou la forme de ces localisations paraît être assez constant pour chaque diathèse, et il est permis d'espérer qu'un jour la considération de ces diverses localisations permettra de reconnaître sous l'influence de quel état général se développe chaque forme de laryngite.

Traitement. — Une hygiène bien appropriée est absolument nécessaire pour la guérison des laryngites chroniques, surtout si l'on veut prévenir les récidives. Le malade devra s'astreindre au repos, éviter tout effort dans l'exercice de la parole et s'interdire absolument l'usage du tabac, sous quelque forme que ce soit, et des liqueurs alcooliques. Les climats chauds exercent une influence très-salutaire sur la

guérison complète. Les précautions hygiéniques trouveront un adjuvant utile dans l'emploi de quelques balsamiques : du goudron, du baume de Tolu, de l'Eucalyptus; les eaux sulfureuses en boissons, et bains, sont doublement utiles par leur action spéciale sur les muqueuses respiratoires, par la stimulation substitutive qu'elles impriment aux fonctions de la peau, et par leur action générale tonique. Quelquefois, pourtant, elles produisent une action trop excitante que l'on doit modérer; cela est vrai, surtout des eaux sulfureuses *accidentelles*, de celles qui sont surtout minéralisées par du gaz sulfhydrique et non par du sulfure de sodium. A ce point de vue, les eaux des Pyrénées sont infiniment supérieures à toutes les autres. A défaut de soufre, on pourra employer les bains de vapeur plus ou moins aromatisés; enfin l'hydrothérapie, sagement et prudemment appliquée, pourra rendre quelques services.

Comme traitement local, on a conseillé les gargarismes émollients ou astringents. Mais il faut bien reconnaître que jamais les gargarismes ne pénètrent jusqu'au larynx. Ils peuvent rendre néanmoins quelques services en modifiant l'inflammation des parties voisines et faciliter ainsi la résolution de la laryngite elle-même.

L'emploi des liquides pulvérisés présente parfois de sérieux inconvénients. Certainement des pulvérisations bien faites dans des établissements

thermaux bien installés, avec des étuves chauffées par des quantités considérables d'eau minérale ou de vapeur, peuvent produire de bons effets. Mais tous ces pulvérisateurs que l'on a mis à la mode, dont le malade se sert chez lui, et qu'il fait fonctionner lui-même, ne sont que des joujoux inutiles et peut-être dangereux. En effet, les liquides pulvérisés de cette façon sont le plus souvent froids; ils subissent souvent des décompositions chimiques plus ou moins complètes au contact des parties métalliques de ces instruments toujours assez mal tenus. Quand on veut appliquer un topique sur le larynx, il faut le porter directement, et autant que possible exclusivement sur le point lésé. Or, c'est ce que l'on ne peut obtenir avec des pulvérisateurs qui lancent le liquide non-seulement dans le larynx, mais sur toutes les parties voisines.

Les insufflations de poudres dans les voies aériennes présentent encore plus d'inconvénients. Ces poudres projetées sur des organes si sensibles sont de véritables corps étrangers, qui paraissent bien plus propres à entretenir l'inflammation qu'à la guérir.

Le traitement local direct présente, au contraire, de très-grands avantages : il consiste à porter différents topiques sur les points malades au moyen de l'éponge laryngienne. Les substances que l'on emploie le plus souvent sont : le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, le chlorure de zinc, etc. Le nitrate d'argent

est le plus usité, il suffit pour le catarrhe simple. La solution de chlorure de zinc à dose modérée au 100e ou au 50e donne de très-bons résultats dans le cas d'ulcérations. En effet, le chlorure de zinc n'a d'action que sur les parties ulcérées ou éraillées, laissant parfaitement intactes celles qui sont encore recouvertes de leur épithélium. C'est un fait facile à constater lorsque l'on cautérise le col de l'utérus avec cette solution. Ce topique a aussi le grand avantage d'être incolore, de ne laisser aucune tache sur le linge, ou sur les doigts, et de ne pas produire d'eschares blanches sur les muqueuses comme fait le nitrate d'argent. Son action est un peu plus énergique et plus profonde que celle de ce dernier sel.

On retire aussi parfois quelques avantages d'attouchements avec le laudanum, ou toute autre solution opiacée quand il y a de la douleur.

La laryngite catarrhale simple ne réclame jamais des émissions sanguines locales; il faut surtout s'abstenir des sangsues qui, à la région cervicale, déterminent des hémorrhagies très-abondantes. Dans les cas d'inflammation intense on peut appliquer quelques révulsifs au-devant du cou (teinture d'iode, huile de croton). Nous employons assez volontiers le vésicatoire placé, non pas sur le cou, mais sur la fourchette du sternum; l'action sur le larynx est la même, et l'on évite les désagréments de l'application sur une partie aussi sensible et aussi mobile que le cou. Nous

préférons de beaucoup le vésicatoire aux emplâtres de thapsia, dont on fait un tel abus, et qui déterminent chez les herpétiques et chez les gens nerveux des cuissons et une agitation intolérables.

On a aussi conseillé quelquefois les révulsifs sur les membres inférieurs ou sur l'intestin, mais cette action éloignée n'est nécessaire que dans les cas assez rares où il y a une réaction générale fébrile.

CINQUIÈME LEÇON

ANGINE GLANDULEUSE OU FOLLICULEUSE. — ACNÉ DU PHARYNX

Sommaire. — Maladie chronique d'emblée. — Description des glandules du pharynx. — Existe-t-il une laryngite glanduleuse? — Analogie avec l'acné cutanée. — Forme chagrinée, ou granuleuse. — Symptômes et aspect. — Acné du pharynx de M. Lasègue. — Marche, étiologie. — Diagnostic. — Angine alcoolique. — Angine des fumeurs. — Traitement. — Nature réelle de la maladie, et ses rapports avec les diathèses.

Messieurs,

L'angine glanduleuse ou folliculeuse, dont nous abordons l'étude, est une affection intermédiaire aux angines purement locales, que j'ai décrites dans la précédente leçon, et aux angines diathésiques beaucoup plus importantes, dont je vous entretiendrai plus tard. En effet, l'angine glanduleuse se développe le plus souvent sous l'influence d'irritations locales : mais l'action de ces dernières est puissamment secondée, préparée par divers états généraux.

L'angine glanduleuse est une affection essentielle-

ment chronique : elle n'est pas précédée d'un état aigu, aussi MM. Peter et Krishaber désignent-ils la laryngite glanduleuse sous le nom de *laryngite chronique d'emblée*.

Cette maladie consiste dans l'inflammation et l'hypertrophie des follicules muqueux de la gorge. De nombreuses glandes en grappe, soit isolées, soit disposées par groupes, existent dans tout le pharynx. On trouve en outre des follicules clos, en assez grand nombre dans la partie supérieure du pharynx, surtout au pourtour de l'orifice interne de la trompe d'Eustache (Kölliker).

L'inflammation glanduleuse siége souvent sur la face antérieure du voile du palais. Les granulations apparaissent alors comme un semis très-fin à la surface de la muqueuse et non comme de grosses glandules isolées. Au contraire, sur la luette, on observe quelques grosses saillies, qui peuvent déformer cet organe et y représentent parfois par leurs bosselures des espèces de stalactites. Cette hypertrophie s'accompagne en même temps d'œdème et de procidence plus ou moins considérable de la luette tout entière.

Il est très-probable qu'il existe aussi des granulations glanduleuses sur la face supérieure du voile du palais ; mais leur présence est beaucoup plus difficile à constater. — Les malades accusent alors un sentiment très-pénible, qui leur fait faire de fréquents

mouvements de déglutition et de régurgitation. — Le rhinoscope permet de reconnaître une rougeur plus ou moins sombre de la face supérieure du voile du palais, sans qu'il nous ait été possible le plus souvent de distinguer de véritables glandules. Cependant la structure anatomique de la région rend leur existence très-probable.

L'hypertrophie glandulaire siége souvent et en grande abondance sur la face postérieure du larynx, et je ne m'explique pas comment M. Lasègue a pu être amené à méconnaître ce fait très-réel.

Quelquefois on observe un aspect particulier du bord supérieur de l'épiglotte, qui semble épaissi, un peu bosselé, et recouvert d'une espèce de chassie, semblable à celle que l'on voit sur le bord palpébral dans les cas d'inflammation chronique des glandes de Meibomius. Il est probable que cette production n'est due qu'à l'hyperémie des glandes de l'épiglotte.

Existe-t-il une véritable *laryngite glanduleuse?* La plupart des auteurs l'ont admis sans hésiter, et nous reconnaissons volontiers, d'une manière générale, que les éléments glanduleux du larynx sont susceptibles d'inflammation et d'hypertrophie; mais si l'on veut trouver dans le larynx même des saillies glanduleuses semblables à celles du pharynx, le fait devient au moins contestable. On ne trouve pas de saillies semblables dans les laryngites simples, à moins qu'on

ne confonde avec elles le bourgeonnement que l'on observe dans les phthisies laryngées, ou la syphilis. Je crois qu'on a décrit la laryngite glanduleuse, plutôt d'après des vues théoriques que d'après des faits observés, et que souvent l'on a pris pour des laryngites glanduleuses des affections d'une nature très-différente. Ce qui permettrait d'expliquer l'absence de la laryngite glanduleuse, c'est que les glandules du larynx sont normalement beaucoup moins volumineuses que celles du pharynx. Il existe cependant sur la face postérieure de l'épiglotte et au niveau du coussinet graisseux des glandes fort nombreuses, mais ce ne sont point là de véritables glandes en grappes, ce sont des glandes utriculaires. L'inflammation de ces utricules, dont nous admettons volontiers la réalité, ne peut produire de saillies à la surface de la muqueuse, mais tout au plus un aspect *sablé* ou *chagriné*.

En revanche, on trouve de vraies glandes en grappes dans toute l'épaisseur des bandes ventriculaires. On en trouve surtout dans les replis aryténo-épiglottiques: ce sont les glandes de Morgagni, groupe glandulaire dont les deux lobes embrassent les cartilages de Wrisberg. Et cependant nous n'observons point de détermination spéciale de l'angine glanduleuse en ce point, lorsque l'angine glanduleuse est simple, et dénuée de complications diathésiques. Nous en dirons autant pour les cordes vocales. Les glandes que nous

décrivions dans notre dernière leçon, d'après M. Coyne, ne paraissent pas hypertrophiées dans le catarrhe chronique. Quant aux saillies ou bourgeons charnus que l'on observe, par exemple, au début de la phthisie laryngée, et que l'on a décrit souvent comme des angines glanduleuses, on n'a pas démontré histologiquement qu'elles fussent constituées par des glandes hypertrophiées, et il s'agit peut-être d'une prolifération morbide d'ordre différent.

L'angine glanduleuse a donc son siége principal dans le pharynx, et c'est surtout sur la paroi postérieure de celui-ci qu'il faut la chercher. Les saillies folliculeuses présentent là, par leur agglomération, des aspects assez différents, soit la forme de grappes, soit la forme de chapelets dirigés verticalement. D'autres fois ce sont des plaques plus ou moins isolées qui soulèvent la muqueuse. — Ces petites saillies arrondies, constituées par des glandes hypertrophiées, ne sont pas sans analogues dans l'économie : on en rencontre parfois de semblables pour les glandes de la peau, pour celle du sillon balano-préputial, ou pour celles des replis des petites lèvres chez la femme. Cet état a, en somme, de grandes analogies avec l'acné cutanée.

A cette première période d'hypertrophie peuvent succéder des phénomènes d'inflammation. Ainsi on peut distinguer quatre degrés dans l'angine glanduleuse :

1° Tuméfaction simple des glandules qui représentent une rougeur plus ou moins vive.

2° Dans un second degré la rougeur est plus livide et comme ardoisée. La tuméfaction est plus considérable.

3° Au sommet de chaque petite tumeur apparaît un point jaune, qui lui donne l'aspect d'une pustule d'acné. C'est la période de suppuration.

4° Enfin, au dernier degré, la pustule est remplacée par une érosion qui peut devenir une ulcération véritable. C'est à tort que cette abrasion de la petite pustule, déjà signalée par Green, a été niée par M. Lasègue; j'ai pu en constater souvent l'existence d'une façon très-nette.

Ces deux derniers degrés sont néanmoins beaucoup plus rares que les deux premiers, et souvent liés à des diathèses graves.

La muqueuse, placée entre les glandules malades, peut être à peu près saine; mais, le plus souvent, elle est atteinte aussi d'inflammation chronique; elle est alors le siége d'arborisations vasculaires ayant pour centre les glandes hypertrophiées autour desquelles rayonnent les petits vaisseaux.

Enfin, on observe parfois une forme particulière d'angine glanduleuse, caractérisée par un aspect chagriné de la muqueuse. — C'est alors une angine plutôt granuleuse que glanduleuse, constituée par de petites papules très-nombreuses, très-rouges, dissémi-

nées et faisant de très-légères saillies. La muqueuse tout entière est le siége de l'inflammation et ressemble à une peau de chagrin à gros grains. Elle est quelquefois humide, mais le plus souvent alors elle est assez sèche. — A quoi attribuer cette forme particulière? à une inflammation des cryptes muqueux, ou à une hypertrophie des papilles? ou bien à une hypertrophie des follicules clos du pharynx?

J'adopterais volontiers cette dernière manière de voir. M. Alphonse Guérin interprète de même l'aspect de la *vaginite granuleuse*, avec laquelle cette forme présente une analogie d'aspect tout à fait frappante. Toutefois l'étude histologique de ces deux maladies n'est pas encore faite.

Quant au larynx, une rougeur inflammatoire plus ou moins vive est le seul phénomène apparent. On n'y retrouve pas l'hypertrophie glandulaire que l'anatomie permettait d'y supposer. Cependant nous avons déjà parlé de l'aspect inégal, bosselé, chassieux, que présente parfois le bord supérieur de l'épiglotte. Cela est dû probablement à l'inflammation des glandules les plus élevées de cet organe. La face postérieure de l'épiglotte est aussi très-souvent rouge et d'un aspect chagriné. Les bandes ventriculaires sont souvent enflammées, épaissies. Cela tient propablement à l'inflammation des nombreuses glandes qu'elles renferment dans leur épaisseur. Mais il est cependant

impossible d'y trouver les saillies analogues à celles que l'on distingue si bien sur le fond du pharynx.

Les glandes aryténoïdiennes de Morgagni, qui pourraient former une saillie appréciable en avant et en arrière du cartilage de Wrisberg, ne sont pas atteintes dans le catarrhe simple : elles paraissent, au contraire, l'être souvent dans les laryngites diathésiques.

Pour les cordes vocales, les glandes décrites par M. Coyne pourraient peut-être, par leur inflammation et leur hypertrophie, donner naissance à des papules saillantes. Mais ces papules ne s'observent pas souvent, si l'on ne confond pas avec des glandules hypertrophiées, les bourgeons charnus des laryngites ulcéreuses, de sorte que ces glandes paraissent en définitive hors de cause, tout au plus pourrait-on rattacher à l'inflammation de ces glandes, l'aspect papuleux, analogue à celui de la conjonctivité papuleuse, que présentent les cordes vocales dans certaines formes de laryngite. Mais l'anatomie pathologique, et surtout l'analyse microscopique de ces lésions, n'a pas encore été faite avec précision.

Il semble donc que les descriptions que l'on a données jusqu'à présent de la laryngite glanduleuse sont plus ou moins théoriques et ne sont vérifiées ni par l'observation clinique, ni par les nécropsies.

Symptômes. — Les symptômes de l'angine glan-

duleuse sont souvent peu marqués : la maladie peut rester longtemps inaperçue du malade. Lorsqu'ils existent, on peut les distinguer en symptômes pharyngiens et symptômes laryngiens.

A. Symptômes pharyngiens. — Très-rarement la déglutition est gênée, et l'on n'observe jamais de véritable dysphagie. Le malade accuse une sensation de sécheresse dans la gorge. En même temps, il a une tendance à tousser légèrement, à renâcler. Lorsqu'il existe de la *staphylite supérieure* (inflammation de la partie supérieure ou nasale du voile du palais), la sensation est encore plus désagréable ; quand elle est permanente, elle devient même tout à fait pénible. C'est une véritable douleur, ou plutôt un sentiment d'anxiété, qui pousse le malade à faire incessamment des mouvements de régurgitation, comme s'il voulait faire passer dans la bouche les mucosités des fosses nasales.

B. Symptômes laryngiens. — Chose étrange ! dans cette maladie qui ne siége guère que dans le pharynx, les symptômes laryngiens prédominent. Cela tient peut-être à une action réflexe du pharynx sur le larynx. Cela pourrait encore être dû à une erreur d'interprétation du malade, qui rapporte au larynx des sensations ayant leur véritable point de départ dans le pharynx, erreur qui s'explique facilement par

le voisinage des origines des nerfs pharyngés et des nerfs laryngés supérieurs.

Il existe souvent de la raucité de la voix, ou de l'enrouement, mais jamais de véritable aphonie. La toux est rare : ce n'est pas du reste une toux véritable : c'est un bruit particulier, assez bien représenté par la syllabe *hem!* Aussi cette forme spéciale de toux a-t-elle fourni aux Anglais la dénomination de la maladie (Hemming).

L'expectoration est peu abondante, composée de petits crachats pelotonnés, grisâtres, venant probablement des ventricules.

Ces symptômes sont entretenus et exaspérés par l'exercice de la parole et par le chant. M. Lasègue pense que la parole est plus fatigante que le chant lui-même. Nous sommes disposés à accepter en partie cette manière de voir; en effet, dans le langage ordinaire, la succession rapide des syllabes nécessite une série d'articulations différentes, et des modifications spéciales de tout l'organe vocal; tandis que dans le chant, les sons, plus régulièrement soutenus, donnent une succession d'efforts moins différents les uns des autres, de façon que le larynx ne passe pas si brusquement d'un état à un autre. En outre, dans le chant, on ménage des repos réguliers qui permettent à l'organe de se fatiguer moins vite; mais si cela est vrai du chant soutenu, cela cesserait de l'être, si l'on voulait l'appliquer aux exercices d'agilité, ou à la mu-

sique dramatique qui exige des efforts considérables. Dans ce cas, un malade atteint d'angine glanduleuse sera promptement hors d'état de continuer.

Il nous reste à décrire maintenant les formes particulières d'angines que M. Lasègue a désignées sous le nom d'angine acnéique. L'angine acnéique aurait, d'après lui, son siége spécial sur l'amygdale, et dans la partie inférieure de la fossette sous-amygdalienne. J'admets plus volontiers la seconde localisation que la première ; il se trouve là surtout auprès de la langue, un véritable nid de glandules qui peuvent évidemment s'enflammer.

Quoi qu'il en soit, M. Lasègue décrit trois variétés principales d'angine acnéique.

1° L'acné simple caractérisée par des saillies rouges, qui peuvent suppurer et même s'ulcérer. Ces lésions s'accompagnent d'une sensation de chatouillement, qui provoque la toux et le *hem*. M. Lasègue en donne deux observations sans examen laryngoscopique. L'angine acnéique simple coïnciderait avec l'acné frontale.

2° L'acné pustuleuse siégerait surtout sur l'amygdale même. Deux ou trois glandes seulement sont prises à la fois. C'est en somme une inflammation des cryptes de l'amygdale avec hypersécrétion de matières caséeuses, et quelquefois enchatonnement de calculs crétacés. Mais ce dernier cas appartient plutôt à la chirurgie.

3° La troisième forme est constituée par l'acné indurée, due au durcissement de l'exsudat glandulaire. L'élimination de ce produit sécrétoire serait suivie d'ulcérations qui, par leur réunion, rappelleraient l'aspect d'un gâteau d'abeilles.

Tout cela ne paraît parfaitement net, surtout au point de vue de l'étiologie, et le petit nombre d'observations que cite l'auteur montre qu'il s'est attaché à décrire des faits trop restreints, si l'on songe à la fréquence considérable de l'acné cutanée.

Pour moi, je pense que cette notion de l'acné de la gorge doit être plus généralisée, et l'on peut dire que l'angine glanduleuse tout entière n'est que l'acné du pharynx. Ce n'est pas seulement dans la fosse sous-amygdalienne ou dans quelques concrétions des amygdales qu'il faut la chercher, c'est surtout sur la paroi postérieure du pharynx, sur la luette et sur le voile du palais. Enfin, n'oublions pas que les follicules qui entourent l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache peuvent aussi s'enflammer dans certains cas de catarrhe de la trompe. (V. von Trœlsch, *Traité des maladies de l'oreille.*)

Marche. — L'angine glanduleuse est une maladie chronique. Elle peut présenter des exacerbations sous l'influence du passage brusque du chaud et du froid et réciproquement.

L'usage du tabac augmente aussi l'acuité de la ma-

ladie. Il en est de même des boissons alcooliques. Enfin, il est probable que, lorsqu'elle est liée à un état diathésique, on peut observer des poussées aiguës survenant de temps en temps sous l'influence même de la maladie générale.

L'angine glanduleuse passe souvent inaperçue : souvent, au contraire, elle est pour le malade une cause de préoccupations continuelles; quelquefois même les sujets atteints de cette affection sont plus ou moins hypochondriaques. Nous ne pensons pas que l'angine glanduleuse soit suffisante pour amener l'hypochondrie : mais on peut admettre que les hypochondriaques viennent souvent nous entretenir de cette petite maladie, et s'en préoccupent beaucoup, parce que leur attention est vivement attirée par les sensations désagréables de l'angine glanduleuse, qui passeraient inaperçues pour beaucoup d'autres, et que leur imagination s'inquiète souvent plus d'une sensation agaçante que d'une souffrance véritable.

Étiologie. — Les causes locales de l'angine glanduleuse sont à peu près les mêmes que celles du catarrhe simple.

L'exercice de la parole, le chant, prennent place au premier rang des causes déterminantes. Nous avons vu tout à l'heure que l'action de la parole est peut-être plus active que celle du chant, aussi cette

angine s'observe-t-elle plus souvent chez les orateurs et les crieurs publics que chez les chanteurs. L'alcool et le tabac ont une influence très-grande sur le développement de l'angine glanduleuse.

Différentes diathèses paraissent au moins favoriser la production de cette forme d'angine. C'est un fait qui a été surtout mis en lumière par M. Guéneau de Mussy. Ce médecin rattache surtout l'angine glanduleuse à l'herpétisme et la voit souvent coïncider avec l'acné du col utérin.

M. Mandl nie au contraire formellement l'action de cette diathèse, prétendant qu'elle est si commune que l'on pourrait l'invoquer pour la plupart des maladies. Il s'appuie surtout pour nier la nature diathésique de l'angine glanduleuse sur la grande influence qu'exercent sur elle les causes locales, et sur les promptes guérisons que l'on obtient sans recourir à un traitement général, tandis qu'on voit souvent échouer le traitement antiherpétique. L'action des causes locales n'est pas contestable, mais rien ne prouve que ces causes n'aient pas besoin, pour produire l'angine, d'agir sur un terrain déjà préparé par une diathèse. Quand M. Mandl traite l'herpétisme de diathèse banale, il ne distingue peut-être pas suffisamment ce que nos dermatologistes appellent l'herpétisme, d'avec tous les autres boutons que peuvent produire d'autres diathèses. D'ailleurs si le traitement local a une influence évidemment utile, prépondérante même si

l'on veut, la fréquence des récidives d'angine glanduleuse après une amélioration passagère, parle plutôt en faveur de l'idée d'une cause générale. Pour moi, je crois que l'angine glanduleuse se lie ordinairement à une diathèse : mais je ne pense pas que cette diathèse soit toujours, ni même le plus ordinairement l'herpétisme. On sait d'ailleurs que pour M. Guéneau de Mussy l'herpétisme a des connexions étroites avec l'arthritisme dans lequel on observe aussi l'angine glanduleuse. Dans bon nombre de cas, on la rencontre également chez les tuberculeux et chez les scrofuleux. C'est, en somme, un élément commun à plusieurs diathèses différentes.

Diagnostic. — Il est très-facile de diagnostiquer une angine glanduleuse du catarrhe simple. Il suffit de voir l'hypertrophie des glandules sur le pharynx et l'abaisse-langue suffit pour cela. Mais ce n'est là qu'un demi-diagnostic, il faut encore déterminer à quelle diathèse doit être rapportée cette angine. C'est là un problème très-délicat, qui ne pourra guère être résolu qu'en considérant l'ensemble de la constitution du malade, car la diathèse se reconnaît surtout par ses traits généraux. Cependant il existe peut-être quelques caractères différentiels pour chaque forme d'angine glanduleuse, qui permettent de soupçonner à quelle diathèse elle se rattache. Nous reviendrons sur ce sujet, quand nous étudierons les angines diathési-

ques. Toutefois, je vais vous donner dès maintenant quelques indications qui résultent plutôt, je l'avoue, d'une impression générale, que d'une statistique appuyée sur des observations minutieuses.

Dans la scrofule, l'acné pharyngienne est plus invétérée, souvent ulcérée ; la muqueuse présente une surface mamelonnée, gaufrée, irrégulière, dont les saillies alternent avec des dépressions assez profondes.

Dans la tuberculose, les glandules de la paroi pharyngienne postérieure sont d'un rouge plus ou moins vif, se détachant sur un fond *pâle*, parcouru par de fines arborisations vasculaires. Mais les glandules n'arrivent à s'ulcérer que dans les périodes ultimes de la phthisie.

Les angines herpétiques ou arthritiques non compliquées présentent de petites granulations rouges, sur un fond rose vif, nuance générale accompagnée quelquefois d'un léger reflet opalin. Quand ces diathèses sont compliquées, les glandules sont souvent volumineuses, réunies en plaques ou en glomérules, mais la muqueuse qui leur sert de support paraît plane et d'une coloration assez foncée.

L'angine alcoolique est caractérisée par une rougeur vive des glandes pharyngiennes. La muqueuse est parcourue par de gros vaisseaux variqueux qui lui donnent une couleur livide ou violacée. D'autres fois, elle est à la fois sèche et chagrinée et l'aspect de l'angine rappelle tout à fait celui de la *vaginité*

granuleuse. J'ai observé deux cas très-nets de cette variété, le premier chez un trompette de gendarmes, le second, j'ai le regret de le dire, chez un ecclésiastique que son caractère sacré n'empêchait pas de s'adonner aux liqueurs fortes.

Peut-être y aurait-il lieu de rattacher la forme variqueuse à l'alcoolisme par le vin, ou l'alcoolisme crapuleux, et la forme chagrinée à l'alcoolisme par les liqueurs. Tous ces malades ont plus ou moins d'aphonie, et cette altération particulière de la voix, qui constitue ce qu'on nomme vulgairement la voix de *rogomme*, l'alcoolisme déterminant un catarrhe chronique de l'estomac.

L'angine du tabac a des caractères moins définis; chez les fumeurs, c'est une rougeur vive, due à la fois à l'action de la chaleur et à celle des principes irritants de la fumée. Il existe souvent en même temps un peu de stomatite, et notamment ces plaques blanches des commissures labiales qui ont été prises à tort pour des lésions syphilitiques.

Chez les priseurs, on aperçoit des grains de tabac disséminés sur la face postérieure du pharynx, quelquefois jusqu'au larynx, et un peu de rougeur diffuse ou par plaques, mais sans aspect bien caractéristique. De sorte qu'on peut demander s'il existe bien une angine nicotinique due à une intoxication spéciale, ou s'il ne faut voir là que des faits d'irritation locale? Toujours est-il que cette irritation locale est incon-

testable, et est une cause incessante de récidives pour les angines chroniques.

Traitement. — Comme traitement local on peut employer les cautérisations avec une solution faible de nitrate d'argent. Ce qui réussit mieux encore c'est de toucher chaque glandule isolément avec la pointe d'un crayon de nitrate d'argent. On évite ainsi d'intéresser les parties saines de la muqueuse qui n'ont pas besoin d'être cautérisées. M. Libermann a recommandé les fumigations de chlorhydrate d'ammoniaque (déjà recommandées par Green), suivant un procédé qui consiste à faire respirer simultanément au malade les gaz amenés de deux flacons, dans l'un desquels on dégage de l'ammoniaque et dans l'autre de l'acide chlorhydrique; les gaz se rencontrent et se combinent en formant d'épaisses vapeurs blanches. M. Libermann dit avoir beaucoup à se louer de cette méthode. Je me suis surtout bien trouvé de l'emploi du gargarisme iodé dont voici la formule :

Iode métalloïde. . . .	0,10 ou 0,25 ou 0,50
Iodure de potassium. .	0,20 ou 0.50 ou 1 gr.
Sirop diacode. . . .	40 gr.
Eau.	250 gr.

On peut le donner tous les deux jours alternativement avec un gargarisme composé de glycérine morphinée et de lait. La glycérine morphinée est une so-

lution au cinquantième ou au vingt-cinquième. On en verse une cuillerée à café dans un demi-verre de lait tiède. On répète ce gargarisme plusieurs fois par jour.

Comme médicaments internes, on peut employer le bromure de potassium, comme anesthésique spécial, diminuant les sensations réflexes de l'arrière-gorge et le chlorate de potasse, soit pris à l'intérieur en potion, soit en applications topiques. M. Laborde a surtout insisté sur la nécessité d'employer ce médicament en applications topiques.

On sait que j'ai pour le chlorate des sentiments presque paternels; cependant j'avoue que je n'ai jamais obtenu de résultats bien nets de ce sel donné à l'intérieur, et en applications topiques; l'iode paraît donner des résultats supérieurs.

Enfin, l'hygiène présente la plus grande importance. Le malade devra éviter les excès de parole et s'abstenir complétement de tabac et d'alcool. Les fumeurs ne guérissent jamais de l'angine glanduleuse, s'ils ne veulent pas renoncer à leurs habitudes. Il en est de même des alcooliques.

Quand on a déterminé sous l'influence de quel état général s'est développée l'angine, on traite la diathèse par les moyens appropriés, l'herpétisme par l'arsenic, l'arthritisme par les alcalins, la scrofule et la tuberculose par le soufre, l'arsenic, l'huile de foie de morue, etc.

Nature. — Avant de terminer cette leçon, je veux insister encore sur quelques points concernant la nature de la maladie que je viens de décrire. C'est évidemment une détermination qui appartient en commun à presque toutes les diathèses. Elle ne dépend d'aucune en particulier, mais la banalité de cette coïncidence ne nous paraît cependant pas refuser toute influence aux causes générales sur la production de l'angine glanduleuse; nous retrouvons ici l'application d'une loi que nous avons énoncée dans la leçon précédente : les angines *localisées*, ou disséminées, sont *plutôt diathésiques que les inflammations uniformes et générales*.

La comparaison de l'angine glanduleuse avec l'acné nous paraît aussi juste au point de vue de la pathologie générale que nous l'avons vue fondée pour la description locale. L'acné cutanée est, comme l'angine glanduleuse, un élément commun à presque toutes les diathèses, arthritisme, herpétisme, syphilis, scrofule, etc., et à un grand nombre d'états généraux, résultant soit d'irritation du tube digestif, soit d'excès vénériens, etc. Quelle que soit la localisation de la petite lésion cutanée, on ne songe pas à contester l'influence réelle qu'exercent sur son apparition les causes générales que nous venons d'énumérer, et dont elle est l'expression commune, sauf quelques variétés de siége, de forme, que les dermatologistes admettent. Nous ne sommes pas encore aussi avancés pour

l'angine glanduleuse que les dermatologistes le sont pour l'acné cutanée; mais bientôt peut-être trouverons-nous des caractères qui nous permettront de déterminer chaque espèce d'angine comme ils déterminent chaque variété de dermatose.

Peut-être aussi le résultat d'une étude plus approfondie sera-t-il de rayer tout à fait l'angine glanduleuse du cadre des angines pharyngées, comme nous avons rayé l'œdème de la glotte du nombre des laryngites; l'œdème est un accident commun à la plupart des maladies chroniques du larynx, il ne constitue pas une espèce. Peut-être en dirons-nous bientôt autant de l'inflammation des glandules pharyngo-laryngées que l'on désigne sous le nom d'angine glanduleuse ou folliculeuse [1].

[1] Voyez sur l'angine glanduleuse : Green, *A Treatise on Diseases of the air Passages*, etc. New-York, 5e édition. — Gueneau de Mussy, *Traité de l'angine glanduleuse*. Paris, 1857, Masson.

SIXIÈME ET SEPTIÈME LEÇON

SYPHILIS PHARYNGO-LARYNGÉE

SOMMAIRE. — Les idées théoriques ont présidé plus que l'observation directe aux descriptions des auteurs. — Les accidents primaires ne vont pas jusqu'aux larynx. — Syphilis secondaire et tertiaire. — Chez les nouveau-nés. — Chez l'adulte. — Elle procède par poussées successives, sans ordre chronologique déterminé, sans coïncidence fixe avec les manifestations cutanées. — Accidents de généralisation précoce ou tardive. — Érythème ou roséole de Cusco. — Plaques muqueuses. — Autres éruptions. — Symptômes divers, diagnostic. — Ulcérations syphilitiques, superficielles ou graves, déformations singulières. — Hypertrophie, gommes. — Rétrécissements du larynx et de la trachée. — Symptômes généraux. — Marche, durée, terminaison, traitement.

MESSIEURS,

L'étude de la syphilis pharyngo-laryngienne est encore assez incomplète; on a décrit avec soin les éruptions syphilitiques de l'isthme du gosier, c'est-à-dire des régions qui peuvent être observées sans le secours du laryngoscope; mais la syphilis du larynx a été jusqu'à présent décrite d'une façon incomplète, ou

peu conforme à la réalité des faits. Cela tient tout d'abord au petit nombre des renseignements fournis par l'anatomie pathologique. En effet, d'une part, les malades atteints de cette affection en meurent assez rarement, ou s'ils meurent aux dernières périodes de la cachexie, les lésions laryngées ont perdu à ce moment les caractères typiques qu'elles devraient présenter dans les premières périodes. Si l'on a quelquefois l'occasion de faire l'autopsie d'un sujet atteint de syphilis récente, qui a succombé à quelque accident étranger à cette maladie, il faut reconnaître que ces éruptions spécifiques, si nettement caractérisées pendant la vie, sont à peine reconnaissables *post mortem*. Par la cessation de la circulation, et par la stase cadavérique, les diverses colorations de la muqueuse s'éteignent, les parties tuméfiées s'affaissent, les ulcérations superficielles s'égalisent. Il en résulte que l'anatomie pathologique ne peut nous fournir de renseignements utiles que pour les périodes tertiaire et viscérale de la syphilis.

On était fondé à croire que le laryngoscope donnerait des résultats plus satisfaisants, et cependant la question n'a pas fait autant de progrès qu'on était en droit de l'espérer. C'est que la plupart des auteurs qui ont décrit la syphilis laryngée se sont laissé entraîner tout d'abord par des idées théoriques et systématiques, qui paraissent avoir obscurci quelquefois chez eux la netteté de l'observation; un certain

nombre même parlent encore comme s'ils n'avaient pas eu recours au seul moyen d'observation possible en pareil cas, c'est-à-dire au laryngoscope. C'est ainsi que l'on décrit encore les ulcérations siégeant dans le larynx avec tous les caractères habituels des syphilides cutanées, ou des ulcérations spécifiques des orifices naturels : on parle de leurs bords taillés à pic, de leur couleur cuivrée ou chair de jambon, sans songer combien ces lésions doivent être modifiées par la différence des tissus anatomiques et par les conditions d'humidité et de température constantes des milieux où elles se développent.

L'idée théorique qui a dominé toutes ces études a été le désir de retrouver sur les muqueuses internes des lésions identiques et parallèles à celles que l'on observait sur la peau et sur les muqueuses externes. Cette préoccupation de rechercher partout ces analogies semble avoir absorbé entièrement l'attention des auteurs les plus recommandables, tels que MM. Gerhardt et Roth, M. Rollet, M. Cusco et M. Dance, qui ont cherché à retrouver dans le larynx toutes les variétés des syphilides cutanées. Nous allons voir qu'il y a une bonne part d'illusions dans les distinctions qu'ils ont prétendu établir.

Une autre cause d'erreur résulte de la confusion possible entre les lésions d'origine syphilitique et celles qui dépendent de la scrofule et de la tuberculose. Cela est vrai, surtout pour les dernières pério-

des de ces affections, car, à ce degré très-avancé, les désordres produits dans le larynx par ces trois maladies présentent entre eux les plus grandes analogies. Aussi ne doit-on pas trop s'étonner de voir Trousseau et Belloc confondre sous la dénomination commune de phthisie laryngée des lésions fort différentes à leur origine, mais à peu près identiques en elles-mêmes si l'on ne considère que les accidents de la fin, et les reliquats laissés sur le cadavre. La distinction en est encore bien plus difficile lorsque les diathèses se combinent entre elles, ce qui est en réalité assez fréquent, car un tuberculeux ou un scrofuleux ne sont nullement indemnes vis-à-vis de la syphilis. Il est alors presque impossible de faire la part de ce qui appartient en propre à la syphilis et la part des diathèses qui l'accompagnent.

Pour nous, sans nous arrêter à critiquer toutes les opinions émises, nous dirons simplement ce que nous avons vu. Notre description sera, comme dit Montaigne, une œuvre de bonne foi. Ce sont sans doute mes opinions, et le résultat de ma pratique que vous venez ici me demander, plutôt que des notions extraites de livres où vous pourriez les trouver aussi bien que moi. Je compte donc vous les livrer en toute sincérité, prêt à retirer aussi franchement à l'avenir celles que des travaux ultérieurs démontreraient erronées. Les idées que je vais exprimer ne sont pas d'ailleurs exclusivement les miennes. Elles sont par-

tagées par des observateurs très-compétents, par mes collègues, les docteurs Alfred Fournier et S. Duplay. Elles ont été aussi exposées il y a quelques années dans la thèse inaugurale de l'un de mes anciens internes, M. le docteur Ferras.

On distingue ordinairement les manifestations de la syphilis en accidents primaires, secondaires, tertiaires et viscéraux. Nous nous conformerons d'une manière générale à ces divisions usuelles, tout en rappelant que pour les dernières périodes au moins, elles servent à marquer l'invasion des différents systèmes d'organes au point de vue anatomique plutôt qu'une succession régulière au point de vue chronologique dans l'ordre d'apparition des accidents.

Accidents primaires. — L'accident primaire de la syphilis, le chancre induré se rencontre assez souvent dans la bouche, quelquefois à l'isthme du gosier : mais il ne va pas plus loin et on ne l'a jamais observé dans le larynx. Quant au chancre mou, on l'observe rarement dans la bouche; on en a même nié l'existence dans cette région : mais elle est aujourd'hui incontestable. L'inoculation directe du chancre syphilitique à la bouche se produit dans des conditions diverses : soit par des baisers, soit par le contact de doigts contaminés que l'on a portés directement aux lèvres, soit par l'usage commun de vases de ménage; les ouvriers verriers, en se passant rapi-

dement l'un à l'autre les tubes qui leur servent à souffler le verre, se transmettent assez souvent des accidents syphilitiques; enfin les rapports de nourrices à nourrissons sont une cause d'inoculation pour les unes comme pour les autres.

Mais l'inoculation par la bouche a le plus souvent sa source dans les accidents secondaires. On a longtemps nié la transmissibilité des accidents secondaires; le doute n'est plus aujourd'hui possible, et M. Ricord lui-même qui avait longtemps refusé d'en admettre la réalité, s'est entièrement rattaché à cette opinion. M. Rollet pense que le résultat de l'inoculation des accidents secondaires est toujours un chancre et s'appuie notamment sur les faits de transmission de syphilis congénitale du nourrisson à la nourrice. L'école de l'hôpital Saint-Louis croit au contraire que le premier accident ainsi transmis peut n'être qu'une érosion peu apparente, assez semblable à la plaque muqueuse et très-difficile à reconnaître. On en a cité des exemples bien authentiques, et nous en avons vu nous-mêmes un cas bien manifeste. Cela explique comment la syphilis passe si souvent inaperçue à son origine, comment des sujets qui n'ont aucune trace de chancre ni sur la bouche ni sur les organes génitaux, sont néanmoins atteints de syphilis constitutionnelle. C'est là sans doute la cause de tant de syphilis dont l'existence ou l'origine est absolument ignorée de ceux qui en sont porteurs. Contes-

ter d'une manière absolue la bonne foi des témoignages, invoquer toujours le chancre uréthral ou le chancre rectal sont des arguments qui ne sont plus de notre époque.

Ces premiers accidents de la syphilis sont souvent assez difficiles à différencier des ulcérations tuberculeuses ou cancéreuses, du psoriasis de la bouche, ou même des *plaques laiteuses* des fumeurs. Nous n'insisterons pas sur ce point de diagnostic très-bien étudié, notamment dans ces derniers temps, par M. Fournier, par M. Mauriac, et par M. Debove. Dans le pharynx, les accidents primaires sont déjà assez rares. On les rencontre encore sur les amygdales et sur les piliers ou à la base de la langue. M. Krishaber m'a dit avoir observé le chancre jusqu'à la face supérieure de l'épiglotte. J'attache la plus grande valeur aux affirmations de M. Krishaber, dont la compétence en matière de pathologie laryngée est bien connue, et cependant j'ai de la peine à ne pas croire qu'il ait été victime d'une illusion. Quoi qu'il en soit, on n'a jamais observé, que nous sachions, d'accident primitif dans l'infundibulum laryngien lui-même.

La syphilis a été inoculée d'une façon incontestable à la trompe d'Eustache dans l'opération du cathétérisme, par un spécialiste mort depuis plusieurs années, que les avis réitérés de plusieurs de nos confrères les plus éminents n'avaient pu décider à re-

noncer à des habitudes de négligence et de malpropreté; que cet exemple néfaste et les accidents qui en ont été les conséquences pour les familles les plus honorables nous servent à jamais d'enseignement! N'oublions jamais de laver scrupuleusement nos instruments après chaque examen, en les plongeant soit dans l'eau bouillante soit dans une solution de permanganate de potasse. Autrement nous nous exposerions à porter le virus syphilitique directement sur le larynx, et à y produire ces accidents primitifs qui n'y ont pas encore été observés.

2° *Syphilis secondaire.* — Les accidents secondaires et tertiaires se rencontrent souvent chez les enfants atteints de syphilis congénitale. Celle-ci parcourt rapidement toutes ses phases, et les petites malades succombent dans une très-grande proportion, après avoir présenté dans les premières voies des accidents variés : plaques muqueuses, coryzas couenneux, érosions diverses et nécroses plus ou moins étendues.

Chez l'adulte, il est impossible d'admettre dans les accidents syphilitiques du larynx des périodes bien déterminées se succédant régulièrement. Il est également impossible d'établir un rapport précis entre la date ou l'ordre d'apparition des accidents laryngés et des manifestations cutanées. On observe du reste fréquemment le retour des mêmes accidents à plusieurs

reprises, séparés par des intervalles de guérison ou de santé apparente. Ce fait est conforme à ce que nous savons de la marche générale de la syphilis, dont le propre est de procéder par poussées successives. Après l'invasion générale de la syphilis, on peut trouver des manifestations précoces vers le larynx, mais celles-ci manquent dans un grand nombre de cas à toutes les périodes de la syphilis, et nous avons souvent l'occasion de vous montrer les ravages de la syphilis tertiaire à la bouche et à la voûte palatine, alors que le larynx présente une intégrité parfaite, sans aucune trace de lésions antérieures.

M. Ferras, dans sa thèse, a fait justice des idées théoriques sur le développement parallèle des lésions de la peau et du larynx, et sur la similitude de ces lésions. Sans doute, elles peuvent coïncider dans un grand nombre de cas, mais rien n'est moins régulier que l'apparition des manifestations laryngées.

M. Ferras a bien montré combien ces manifestations internes sont inconstantes, et surtout combien elles sont indépendantes des dermatoses syphilitiques. La division en accidents secondaires et tertiaires cesse d'être applicable aux altérations du larynx; elle n'est plus juste ni au point de vue chronologique, ni au point de vue anatomique. M. Ferras y a substitué la distinction en *lésions non ulcéreuses* et *lésions ulcéreuses*. En cela même, il a peut-être été, selon nous, encore trop précis. Lorsqu'on observe les faits sans

idées préconçues, la seule distinction chronologique que l'on puisse conserver est celle-ci : *accidents de généralisation récente ou accidents de généralisation tardive* (syphilis invétérée).

Plus nous nous éloignons du point de départ, plus les dates des poussées successives deviennent incertaines, de sorte que pour les décrire, il faut renoncer à indiquer leur ancienneté relative, et se borner à en tracer le tableau d'après leur nature et d'après leur aspect.

Roséole. — M. Cusco, dont les idées ont été reproduites dans la thèse du docteur Dance (Thèse de Paris, 1864), a décrit une roséole laryngée, appartenant aux premières périodes de la syphilis, et coïncidant assez ordinairement avec la roséole cutanée. Elle apparaîtrait sur divers points du larynx et sur les cordes vocales sous forme d'une coloration rose pâle, ou rose jaunâtre, disposée tantôt sous forme d'arborisations plus ou moins fines, tantôt sous forme de plaques disséminées.

M. Alf. Fournier conteste la dénomination de *roséole* donnée à ce qui n'est en réalité qu'un érythème de l'infunlendum laryngien : la roséole cutanée est une éruption formée de plaques plus ou moins confluentes, mais formant des îlots épars sur des zones de couleur normale, comme l'est aussi l'éruption de la rougeole. On ne trouve rien de semblable dans le

larynx. Selon M. Fournier, à l'opinion duquel nous nous rangeons volontiers, on ne trouve qu'une rougeur continue, à peu près uniforme, avec quelques arborisations vasculaires, comme dans les catarrhes simples.

Pourquoi donc appliquer le nom de roséole à ce qui n'est qu'un simple érythème? Si c'est pour marquer une période hâtive de la syphilis, une coïncidence avec la roséole cutanée, il faut reconnaître que cette coïncidence manque dans un grand nombre de cas, et que l'analogie des dates nous fait aussi bien défaut que celle de la forme morbide. Pour le pharynx, l'éruption est moins uniforme, elle est plus partielle, et l'assimilation est plus soutenable. Cependant M. Lasègue qui admet pour le pharynx un érythème analogue à la roséole cutanée reconnaît quant à la coïncidence que souvent la roséole pharyngée existe sans roséole cutanée concomitante et que la réciproque est également vraie.

Si du larynx nous passons aux accidents que l'on observe sur le voile du palais, les piliers, les amygdales, le pharynx, nous voyons qu'ils présentent une netteté beaucoup plus grande : l'existence n'en est ni contestée, ni contestable : les descriptions sont à peu près concordantes. Ces accidents de syphilis récente sont caractérisés par une nuance carminée très-vive, comme scarlatineuse. Ce n'est tout d'abord qu'un léger coup de pinceau sur les piliers du voile du pa-

lais, puis la teinte morbide s'étend sur la voûte palatine, en y formant des houppes plus ou moins allongées.

Au milieu de cette surface rouge, on aperçoit un reflet opalin, d'abord très-léger. Ainsi, la première plaque pharyngienne nous apparaît sous forme d'une auréole d'un rouge vif carminé, au centre de laquelle on distingue un reflet blanc opalin, analogue à ce que les peintres appellent un glacis [1].

Sur les bords de la langue surtout, la plaque syphilitique apparaît avec ce reflet opalin comme la surface de certaines aponévroses très-minces, et à reflets nacrés. Sur les amygdales, la plaque opaline est inégale, d'un blanc plus pâle, quelquefois grisâtre, la teinte présente plus d'*épaisseur*, comme diraient les peintres. Les accidents que nous venons de décrire s'accompagnent d'un peu de gêne et d'une sensation de sécheresse dans la gorge; il y a même quelquefois de la douleur et une légère dysphagie.

A un degré plus avancé, le glacis opalin devient plus épais, blanc grisâtre, et sa surface semble légè-

[1] En peinture, on appelle *glacis* une teinte légère que l'on obtient lorsque les *dessus* sont déjà terminés et bien secs, en étendant une couche de couleur délayée dans une grande quantité d'huile, et qui laisse voir par transparence tous les détails et toute la vigueur du travail primitif : c'est ainsi qu'on figure dans le paysage une vapeur légère sur un rideau d'arbres sombres; c'est aussi par ce procédé qu'on obtient l'éclat et les effets chatoyants d'une étoffe de soie ou de velours.

rement plissée; la vraie plaque muqueuse se constitue. Elle présente toutefois des différences déjà assez notables avec celle des parties génitales. Sa surface ne présente jamais le même degré de boursouflure, de gaufrure, elle ne fait qu'une très-légère saillie au-dessus de la muqueuse environnante. Les plaques muqueuses se groupent au-dessus des arcades du voile du palais, et quelquefois gagnent la luette; d'autres fois elles prennent la forme serpigineuse et s'étendent sur tout le voile. Quelquefois la face postérieure elle-même est envahie.

Sur les amygdales, la plaque muqueuse existe certainement, mais elle est moins nette; ces glandes sont en même temps hypertrophiées ou enflammées, et les produits de leur sécrétion, d'une couleur blanc grisâtre comme la plaque muqueuse, peuvent occasionner quelque confusion. De plus, la plaque muqueuse de l'amygdale paraît s'ulcérer rapidement, et laisse voir alors une surface grisâtre, très-analogue aux produits caséeux qui fournit l'amygdale.

Nous venons de voir que la plaque muqueuse perdait en partie sur les amygdales son aspect caractéristique, par son mélange avec les produits de sécrétion caséeux ou pultacés de cette glande, et par la rapidité avec laquelle elles tendent à s'éclairer. Ces ulcérations et l'hypertrophie de la glande sont très-longues à amender par le traitement.

En arrivant au larynx même, il semble que les

plaques muqueuses perdent encore plus leur aspect typique, au point qu'on peut se demander si cette lésion si spécifique, si commune sur les muqueuses des orifices naturels, ne fait pas défaut dans le larynx lui-même. La plupart des auteurs ont pourtant admis son existence, et l'ont affirmé si haut, et comme une chose si naturelle, qu'on semble soutenir un paradoxe en contestant sinon son existence, du moins sa fréquence. En effet, la plaque muqueuse a été signalée dans le larynx par les fondateurs mêmes de la laryngoscopie : Czermak et Türck; elle a été décrite depuis par MM. Gerhard et Roth, par MM. Cusco et Dance[1]; elle l'est encore en ce moment dans un mémoire de MM. Krishaber et Mauriac[2]. En revanche, sa présence dans le larynx a été mise en doute par nos collègues MM. Alf. Fournier[3], Simon Duplay, et par nous-même, et cette manière de voir a été développée dans la thèse de M. Ferras[4]. Que faut-il penser de ces opinions contradictoires?

D'abord il faut bien poser la question. Que doit-on considérer comme une plaque muqueuse laryngienne?

[1] Dance, *Éruptions du larynx dans la période secondaire de la Syphilis*, thèse de Paris, 1864.

[2] Krishaber et Mauriac, *Mém. sur les laryngopathies syphilitiques*, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1875, mars, mai, juillet, septembre.

[3] *Leçons sur la syphilis secondaire*, 1 vol. Paris, 1873.

[4] P. Ferras, *De la laryngite syphilitique*. Paris, 1872, chez Delahaye.

Suffit-il de rencontrer sur la muqueuse laryngienne une rougeur limitée, plus ou moins arrondie, plus ou moins éraillée ou ulcérée, et coïncidant avec une éruption syphilitique de la peau, ou de la muqueuse bucco-pharyngienne, pour la nommer plaque muqueuse du larynx? Ce serait résoudre la question par la question, et c'est malheureusement ce que nous paraissent avoir fait dans la grande majorité des cas les partisans de la plaque muqueuse laryngienne. Pour nous, nous pensons qu'il faut réserver ce nom à une lésion présentant les mêmes caractères morphologiques que la plaque muqueuse des muqueuses génitales, de la bouche, ou du voile du palais; c'est-à-dire, à des *plaques de forme irrégulièrement arrondie ou ovalaire*, faisant au-dessus des parties voisines *une saillie légère*, circonscrite par un *bord un peu plus saillant que le centre, qui est déprimé*. De plus cette surface *d'une couleur grise opaline*, est légèrement plissée ou gonflée, et entourée, quand elle est récente, d'une zone inflammatoire plus ou moins intense, brunâtre près du tégument externe et sur les semi-muqueuses, carminée sur les muqueuses internes. Quand elle s'ulcère, elle perd rapidement ses caractères, et pour qu'une ulcération soit reconnue pour une plaque muqueuse ulcérée, il faut que le bord au moins conserve sa saillie, son aspect plissé et sa nuance opaline. Eh bien! nous disons avec MM. Alf. Fournier, S. Duplay et Ferras, que cet

aspect typique se rencontre très-rarement dans le larynx, et nous ajoutons qu'on le rencontre quelquefois pour des lésions étrangères à la syphilis.

L'épiglotte m'en fournira quelques exemples, dont l'un a été mis récemment sous vos yeux. J'avais cru, comme beaucoup de monde, au début de mes études laryngoscopiques, que la plaque muqueuse se montrait souvent sur cet opercule, et notamment sur sa face antérieure et sur son bord libre. Toutefois, en cherchant à préciser mes observations, et en éliminant avec soin les apparences trompeuses, je fus étonné moi-même de ne plus constater de plaques muqueuses sur l'épiglotte, et, en revanche, de reconnaître que chez les tuberculeux, un certain nombre d'ulcérations très-superficielles, très-analogues aux ulcérations tuberculeuses de la langue à leur début, présentent une extrême analogie d'aspect avec la plaque muqueuse typique, dont je viens de résumer les caractères, et notamment offrent comme elle la forme arrondie ou ovalaire, et la teinte grisâtre demi-transparente. J'y fus une première fois complétement rompé, en 1872, lorsque je faisais à l'hôpital de la Charité, comme agrégé de la Faculté, des séances d'exercices pratiques de laryngoscopie. Un malade, d'une classe un peu plus relevée que le commun de notre clientèle hospitalière, présentait au bord libre de l'épiglotte une plaque grisâtre et arrondie, que je montrai comme un type de plaque muqueuse, en an-

nonçant qu'il était fort rare de rencontrer cette lésion aussi nettement dessinée. Le malade opposa à ma manière de voir les dénégations les plus absolues ; il n'avait jamais eu d'antécédents syphilitiques, et, de fait, sur le reste du corps, il était impossible de trouver la trace d'une macule syphilitique quelconque. Je sais que ce genre de preuves fait sourire les sceptiques de l'ancienne école du Midi, aussi je me hâte d'ajouter que, sans tenir aucun compte de cette enquête négative, et en présence d'une lésion qui me paraissait spécifique, je mis résolûment ce malade au traitement antisyphilitique (iodure de potassium hydrargyré, etc.), mais je n'obtins aucune amélioration. Au contraire, le mal parut s'aggraver de semaine en semaine, et je dus suspendre le traitement spécifique. Bientôt, au bout de deux mois environ, l'auscultation des poumons me donna la preuve évidente qu'il s'agissait d'une tuberculose commençante. Le malade fut encore suivi assez longtemps ; au bout d'un an, il était en pleine phthisie laryngée.

Depuis cette époque, la question des érosions tuberculeuses de la langue étant venue à l'ordre du jour de la Société médicale des hôpitaux, j'eus l'occasion d'étudier ces lésions sur les malades présentés par mes collègues, ainsi que sur ceux que je recevais dans mon service, et de faire la comparaison entre les érosions superficielles de cet organe, et ces fausses plaques muqueuses de l'épiglotte. Et cependant,

prévenu comme je l'étais par ma première erreur, je fus encore, il y a quelques mois, victime de la même illusion pour un malade que plusieurs d'entre vous ont pu voir, et qui suivait nos consultations laryngoscopiques du vendredi. Pendant une quinzaine de jours, je crus à la syphilis. La plaque de l'épiglotte était à peine ulcérée, d'un gris transparent, encore un peu rosé. Au bout de ce temps, l'abrasion de la muqueuse devint plus manifeste; d'abord semblable

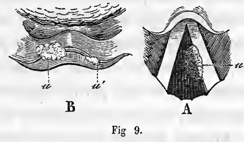


Fig 9.

à un coup de râpe, elle commença à se denteler sur les bords, et à présenter ce fonds inégal, formé de petits bourgeons charnus rougeâtres, gros comme de petites têtes d'épingles, et de dépressions grisâtres, un peu caséeuses, qui caractérisent si bien les ulcérations tuberculeuses de la langue, et sur lesquelles nous reviendrons bientôt en traitant de la phthisie laryngée. Le meilleur caractère distinctif serait, selon nous, l'auréole inflammatoire beaucoup plus étendue, et d'une teinte plus purpurine pour les plaques syphiliques. La zone périphérique des plaques tuberculeuses est plus étroite, et ne forme qu'un liséré d'un

rouge plus ou moins foncé. On peut cependant se tromper assez facilement entre des lésions d'aspect si analogue, et il est à croire que cette erreur a été commise plus d'une fois par les personnes qui ont décrit comme fréquentes les plaques muqueuses de l'épiglotte, puisqu'il m'est arrivé de m'y tromper encore après des études assez prolongées sur les diverses ulcérations de la gorge.

Pour en finir avec cette cause d'erreur, disons tout de suite qu'on peut la rencontrer sur les cordes vocales elles-mêmes. Les deux cas qui m'ont paru présenter les apparences les plus évidentes d'une plaque muqueuse sur les cordes vocales se sont rencontrés chez deux malades de ma clientèle, qui étaient en même temps syphilitiques et tuberculeux, car la phthisie ne donne, hélas! aucune immunité contre la vérole. Chez ces deux malades, la lésion siégeait à peu près au même point, tout à fait au bord libre de la corde vocale, et empiétait sur la face trachéale de cette corde (voyez l'image de droite sur la figure 9 ci-dessus). Ces lésions étaient très-fines, et rien ne put les guérir entièrement, ni le traitement mercuriel simple ou associé à l'iodure de potassium, ni les cautérisations directes avec différents topiques, tels que le nitrate acide de mercure, le nitrate d'argent, ou l'acide chromique[1]. Il est donc douteux que ce fus-

[1] L'état des poumons ne permettait pas d'insister longtemps sur le traitement antisyphilitique interne. On dut, après quelques tentatives, se

sent des accidents syphilitiques, ou du moins que la syphilis y eût la part principale, si on doit admettre que le cumul des deux diathèses soit pour quelque chose dans l'aspect spécial de la lésion.

Ce que nous venons de dire de l'épiglotte me porte toutefois à croire qu'elle peut se produire par le fait seul de la tuberculose. Un autre malade, atteint de même de ces deux maladies combinées, présenta *in extremis*, à notre distingué confrère le Dr Gimbert (de Cannes), auquel je l'avais adressé, une plaque de la luette absolument semblable à une plaque muqueuse. Nos études récentes sur la tuberculose pharyngée nous font croire plutôt qu'il s'agissait d'une plaque tuberculeuse simulant une plaque muqueuse, car le malade se mourait en ce moment de la phthisie, et la cause syphilitique, bien que réelle, était ancienne : ce n'était plus l'époque des accidents secondaires. En résumé, la tuberculose produit sur les muqueuses des premières voies des plaques érodées très-semblables aux plaques muqueuses, et il est remarquable que les plaques les plus typiques que j'aie rencontrées, celles qui éveillaient le plus nettement l'idée des plaques muqueuses se sont présentées justement dans des cas mixtes, où une infection sy-

borner aux topiques. L'un de ces malades est mort à Cannes de phthisie laryngée et pulmonaire, deux ans après le moment où j'avais eu l'occasion de le traiter. Le second vit encore; mais il est dans un état très-grave.

philitique, déjà assez ancienne, était greffée sur une diathèse tuberculeuse en voie d'évolution manifeste.

Revenons aux plaques muqueuses du larynx proprement dit.

Les voit-on au-dessous de l'épiglotte, sur les éminences aryténoïdiennes, et sur les cordes vocales vraies? Nous avons cité les autorités qui ont répondu par l'affirmative. Dans la thèse de M. Dance, qui résumait l'enseignement clinique de M. Cusco, on trouve notés 7 cas de plaques muqueuses laryngées sur 13 observations de syphilis hâtive. Sur 16 observations de syphilis tardive, l'auteur ne trouve plus que 5 cas de plaques muqueuses, qui apparaissent sous forme de plaques grisâtres, principalement sur les éminences aryténoïdiennes.

Même en admettant les données de l'auteur, nous sommes étonnés de trouver cette proportion dans des cas de syphilis tardive, car plus le temps s'écoulera, plus cette forme de la lésion spécifique devient rare, et c'est ici le cas d'invoquer cette loi posée par M. Bazin, que jamais une diathèse ne revient complétement sur ses pas, et qu'elle ne passe pas d'une lésion ancienne à une manifestation appartenant à une période antérieure.

Il y aurait lieu d'ailleurs de reprendre et de critiquer de près les assertions de cet auteur trop préoccupé d'établir des relations de coïncidence ou d'identité entre les manifestations cutanées et les manifesta-

tions laryngiennes, identité que l'expérience n'a pas justifiée.

Gerhard et Roth (1861) admettaient aussi la plaque muqueuse laryngienne dans une proportion de 8 cas sur 54 observations, et M. Rollet a répété l'assertion de ces différents auteurs dans l'article *Syphilis laryngée* du *Dictionnaire encyclopédique* et déclaré que « les plaques muqueuses ne sont pas rares dans le larynx. »

Toutes ces descriptions ont été critiquées une à une et discutées de près par un de nos anciens internes, M. le D[r] P. Ferras (de Bagnères-de-Luchon), qui, dans sa thèse inaugurale (citée ci-dessus), a réfuté la doctrine du parallélisme et de l'identité des éruptions cutanées et des éruptions laryngées, et est arrivé à nier presque absolument l'existence de la plaque muqueuse. M. Ferras se basait sur les observations qu'il avait pu faire dans notre service, et dans ceux de nos collègues, MM. Alfred Fournier et S. Duplay, et sur de nombreuses recherches personnelles faites par lui aux hôpitaux du Midi, de Lourcine et Saint-Louis.

MM. Krishaber et Mauriac ont repris cette question dans un mémoire récent (cité ci-dessus) et cherché à rétablir la réalité de la plaque muqueuse laryngienne. Sans doute la position de l'un des auteurs dans un hôpital spécial de vénériens, et l'habileté bien connue de son collaborateur comme laryngosco-

piste, donnent à leur travail une grande autorité. Et cependant, en analysant de près leur mémoire, il est impossible de ne pas faire encore quelques restrictions. D'abord sur le vaste champ de l'hôpital du Midi, pendant tout un hiver, les deux auteurs n'ont recueilli que 14 observations de laryngopathies syphilitiques, et sur ces 14 cas, ils auraient trouvé 10 fois des plaques muqueuses sur la muqueuse laryngée. Mais en vérifiant le compte de ces cas sur les observations détaillées et sur le tableau qui les résume, on reconnaît que ce nombre n'est pas exact[1], ou que les auteurs se sont fait quelque illusion sur la valeur des observations qu'ils nous présentent. En effet, les cas où les plaques muqueuses sont réellement décrites d'une manière satisfaisante ne sont qu'au nombre de 2 (observ. III et IV); dans deux autres (obs. VII et X), on peut, malgré des descriptions imparfaites, admettre encore qu'il s'agit de plaques muqueuses ulcérées. Mais, dans les 6 autres, les objections les

[1] Les observations VIII et IX doivent être tout à fait rayées. La plaque muqueuse n'y est qu'une hypothèse. Dans les observations I et II, il s'agit d'ulcérations, mais il est douteux qu'elles succèdent à des plaques muqueuses. Dans les observations V et VI, les soi-disant *plaques muqueuses végétantes* sont des glandules ou des bourgeons qui n'ont aucun des caractères de la plaque muqueuse, et chez des sujets dont l'un au moins (observation III) offre un cumul de phthisie et de syphilis. Restent donc deux observations bonnes (observations III et IV), une assez bonne (observation VIII) et une passable (observation X), où il ne paraît guère douteux que les ulcérations aient succédé à des plaques muqueuses.

plus sérieuses peuvent être faites aux auteurs que nous citons.

Il s'agit d'ulcérations, d'érosions, de pertes de substance, d'œdèmes ou de bourgeons charnus, et non plus de plaques caractéristiques; si les auteurs admettent que ce sont des plaques muqueuses, ou qu'elles ont succédé à des plaques muqueuses, ce n'est évidemment qu'à cause de la coïncidence de plaques muqueuses signalées dans d'autres régions. Ainsi ce sont des hypothèses, c'est une pétition de principe qui guident leur interprétation au lieu de *caractères objectifs* nettement décrits d'où devait sortir la démonstration.

Enfin, les auteurs ne semblent pas avoir entrevu la cause d'erreur que je vous signalais ci-dessus, c'est-à-dire la présence de la tuberculose. Or, un de leurs malades (obs. VI) est certainement un phthisique, il a eu de la toux, des sueurs nocturnes, et des hémoptysies; un autre (obs. V) a également eu un catarrhe laryngo-trachéal rebelle, et chez tous deux le traitement antisyphilitique, ordinairement si efficace, reste sans effet. J'ai rapporté plus haut les cas où ce cumul de diathèses m'avait induit en erreur: mes confrères ont donc pu y tomber comme moi, surtout à l'hôpital du Midi, où le médecin, tout à l'étude des maladies vénériennes, peut oublier assez facilement les états thoraciques peu prononcés encore, et où les malades sont si vite perdus de vue qu'on ne sait

guère ce qu'ils deviennent quelques semaines après.

Ainsi, 4 cas seulement, sur plusieurs centaines de malades que ces médecins ont été à même d'observer à l'hôpital du Midi! Aussi, même en acceptant le chiffre de 10, qu'ils ont cru trouver, les auteurs sont obligés de reconnaître l'extrême rareté dans le larynx d'une lésion si commune autour des orifices naturels; mais n'y eût-il qu'une observation bien authentique, elle suffirait pour faire dire avec eux que la plaque muqueuse « ne fait pas défaut dans le larynx, et que la muqueuse laryngée ne possède pas d'immunité contre une pareille lésion. » (Mém. cité, p. 58, l. 18 et suivantes.) Nous accordons cela, et nous n'avons jamais été aussi absolu que M. Ferras dans notre négation. Mais si la lésion, ou l'apparence morphologique connue sous le nom de plaque muqueuse, peut se présenter dans le larynx, elle y est très-rare : c'est ce que démontre le travail même de MM. Krishaber et Mauriac. De plus, même en admettant comme démontrées toutes les données de leur mémoire, il en résulterait que la plaque muqueuse n'est qu'une lésion de courte durée, remplacée très-vite par des ulcérations. Il ne faut pas trop s'étonner de lui voir perdre en cette région son aspect typique. Plus on pénètre dans les cavités des voies respiratoires, plus la température devient constante, plus aussi devient efficace cette humidité continuelle de l'air expiré des poumons, qui met les lé-

sions laryngées dans une situation analogue à celle où seraient les lésions cutanées placées sous l'action de cataplasmes répétés, ou sous celle d'un bain de vapeur indéfini. Enfin, nous ajouterons qu'en tant que caractère morphologique, la plaque muqueuse n'a pas de valeur absolue dans le larynx, puisque les plaques les plus caractéristiques en apparence que nous ayons rencontrées existaient chez des sujets qui étaient à la fois phthisiques et syphilitiques, et que chez des sujets simplement phthisiques, il y a des érosions superficielles qui ressemblent à s'y méprendre à la plaque muqueuse. Nous ne pouvons donc admettre, avec MM. Krishaber et Mauriac (*Ibid.*, p. 266), que la plaque muqueuse du larynx soit une lésion caractéristique de la syphilis, et qu'elle ne puisse appartenir qu'à la période secondaire.

Nous venons de voir combien l'identité morphologique ou anatomo-pathologique est difficile à établir. Il l'est encore plus peut-être de préciser la question de coïncidence ou de parallélisme avec les autres manifestations syphilitiques. Le travail même de nos confrères prouve que ce parallélisme n'existe pas, et ils le reconnaissent eux-mêmes (*Ibid.*, p. 266), d'abord à cause de la rareté des faits qu'ils ont pu recueillir, comparée à l'immense fréquence de la plaque muqueuse extérieure ; ensuite, parce que, même dans les observations qu'ils ont rapportées (admettons-les ici toutes les 10 pour exactes), la coïncidence des pla-

ques laryngiennes avec des plaques muqueuses dans d'autres régions manque dans 4 cas sur 10. Dans ces cas, quand les plaques apparaissent sur le larynx, elles ont cessé d'exister autre part, ou n'ont jamais existé. C'est ce que M. Lasègue avait déjà noté pour le pharynx : il y a des cas où l'éruption interne existe sans éruption cutanée, et des cas (infiniment plus nombreux, selon nous) où l'éruption cutanée existe sans éruption interne.

Quant à l'époque où se montrent ces plaques muqueuses laryngées si rares, quant à la relation avec l'âge de la syphilis, on voit d'après le tableau de MM. Krishaber et Mauriac que cette époque varierait depuis deux mois jusqu'à onze mois, et que ce serait toujours un accident secondaire. Nous n'avons pas de relevé statistique à opposer au leur, mais rappelons-nous que la plaque muqueuse laryngienne étant pour nous plutôt une apparence morphologique qu'une lésion caractéristisque, peut se montrer à une époque beaucoup plus tardive chez les sujets à la fois phthisiques et syphilitiques, et dure encore à une distance de trois à cinq ans.

Nous venons de traiter assez longuement de la plaque muqueuse, et de montrer, à propos de cette lésion si facilement admise autrefois, combien se trouvait en défaut l'idée préconçue qu'on s'était faite du parallélisme et de l'identité des lésions cutanées et des lésions laryngées. Nous allons trouver cette idée

encore plus problématique, encore plus chimérique en ce qui touche les autres manifestations de la syphilis laryngienne. Problématique et chimérique en tant que lésions identiques à telle ou telle syphilide cutanée, qu'on nous entende bien ! c'est là tout ce que nous voulons dire, car, que des manifestations laryngiennes correspondent à une syphilis généralisée, cela est incontestable. C'est ce que l'on va voir dans la revue rapide à laquelle nous allons nous livrer, de ces différentes lésions, sans nous occuper, pour le moment, de leur date précise d'apparition, désireux que nous sommes d'épuiser tout de suite la question morphologique de ces lésions.

Éruptions diverses. — Beaucoup d'auteurs ont écrit que la syphilis constitutionnelle pouvait déterminer du côté du larynx et du pharynx des éruptions diverses, qu'ils ont assimilées aux accidents cutanés. Je laisse de côté la plaque muqueuse que nous avons étudiée dans notre dernière conférence.

Pour ce qui est de la gorge, on a admis toutes les variétés de syphilides cutanées.

Ce sont des éruptions papuleuses, pustuleuses, papulo-tuberculeuses. M. le professeur Lasègue, dans son *Traité des angines*, a cité un cas de rupia et un cas de psoriasis syphilitiques.

Ces dénominations, qui ont la prétention de rappeler les caractères morphologiques des syphilides

cutanées, entraînent une assimilation qui est loin d'être exacte. Sans pouvoir la nier d'une façon absolue, je me contenterai de dire que je n'ai jamais rien vu de semblable du côté du pharynx. Mais s'il ne m'est pas permis d'être affirmatif sur ce premier point, je puis cependant poser en loi pour le larynx que, la syphilis étant donnée, s'il survient des accidents laryngiens, leur apparence morbide ne reproduit en rien les manifestations cutanées.

Cette assertion, vraie pour la syphilis, est vraie aussi pour l'herpétisme et l'arthritisme du larynx.

D'un trait de plume, me direz-vous, vous rayez presque les éruptions syphilitiques du pharynx et tout à fait celles du larynx.

Eh bien! pour ce qui est du larynx, la vérité est que le plus souvent, pour ne pas dire toujours, nous constatons des ulcérations, sans qu'il nous soit possible de dire sur quelle manifestation primitive elles se sont greffées. Or l'ulcération peut être primitive; et dans le cas où elle succède à une éruption primordiale, je ne partage nullement l'avis de M. Krishaber, qui déclare qu'elle ne peut être greffée que sur une plaque muqueuse, car il ne peut admettre une éruption qu'il n'a jamais vue.

Condylomes, végétations, excroissances polypiformes. — Avant d'entrer dans l'étude des ulcérations, je veux vous parler de certaines productions charnues

qui se développent dans le larynx, chez les sujets syphilitiques, et que je suis loin de considérer comme une éruption.

Ce sont de véritables stalactites charnues, implantées indifféremment sur tous les points de la muqueuse du larynx, et que l'on a appelées condylomes, — végétations, — excroissances polypiformes, — tumeurs polypoïdes. Comment se produisent ces végétations? Un malade présente des ulcérations laryngiennes de nature syphilitique. Au pourtour de ces ulcérations se développent de petites tumeurs rouges et facilement saignantes, qui croissent avec une rapidité prodigieuse et masquent les ulcérations. Le malade est soumis à l'iodure de potassium, les ulcérations se cicatrisent rapidement, mais les excroissances polypoïdes, loin d'être influencées par le traitement, persistent, et si on n'intervient pas par un traitement local, elles continuent à se développer au point de nécessiter la trachéotomie.

C'est le cas de notre malade couché au n° 34 de la salle Saint-Charles, et dont voici en quelques mots l'histoire.

Ce malade, âgé de quarante-deux ans, domestique, contracte la syphilis en novembre 1865. Il présenta dans la suite quelques accidents cutanés, et ce n'est qu'en janvier 1874 qu'apparurent des accidents du côté du larynx. Ce fut d'abord de la toux, puis de la gêne dans la respiration, qui alla toujours en aug-

mentant jusqu'au 24 mai, époque à laquelle il fut transporté à l'hôpital temporaire, dans le service de M. Ferrand, dans un état de suffocation telle que l'interne de garde dut recourir immédiatement à la trachéotomie.

La canule une fois placée, les accidents d'asphyxie s'amendèrent et le malade reprit peu à peu connaissance. Depuis cette époque on tenta plusieurs fois de retirer la canule, mais il fallut toujours la remettre, dans la crainte de voir les accidents reparaître. L'iodure de potassium fut sans effet sur ces productions qui obstruaient son larynx. En septembre 1875 il entra dans mon service, et depuis cette époque je m'occupe à détruire ces stalactites sans cesse renaissantes, soit à l'aide des caustiques, soit à l'aide du galvano-cautère, comme l'avait déjà tenté M. Krishaber, avant que ce malade entrât à l'hôpital Lariboisière.

Pour M. Mandl, ces condylomes, ces végétations ne sont pas sous la dépendance de la syphilis.

Pour M. Fournier, ces polypes ne sont pas spécifiques.

Cette dernière opinion est vraie. En elles-mêmes ces productions ne sont pas syphilitiques, et l'examen histologique qui en a été fait par M. Debove ne rappelle aucun des caractères des productions franchement syphilitiques. Leur texture est celle des bourgeons charnus.

Ainsi, si nous résumons ce qui a trait aux éruptions pharyngo-laryngées de la syphilis, nous dirons, d'une part, que si l'assimilation avec les syphilides cutanées des éruptions du pharynx est problématique et réclame de nouvelles recherches, elle ne peut cependant être complétement niée, car il nous faut tenir compte des observations de rupia et de psoriasis publiées par M. Lasègue; et que d'autre part, dans le larynx, il n'y a pas d'éruption, et partant pas d'analogie possible avec les manifestations syphilitiques de la peau.

Ulcérations. — Passons maintenant à l'étude des ulcérations.

Les ulcérations répondent aux périodes avancées de la syphilis. C'est un accident qui marque la fin de la période secondaire et surtout la période tertiaire. Telle est l'opinion de M. Fournier, telle est aussi la mienne.

MM. Guyot et Lailler ont admis des ulcérations du larynx dans la première période de la syphilis, et ils se sont basés sur la raucité de la voix et l'aphonie.

Or l'aphonie comme élément de diagnostic chez un sujet syphilitique est un signe insuffisant pour conclure à l'ulcération. — Ne sait-on pas que les troubles de la phonation peuvent dépendre d'accidents purement nerveux, de laryngite catarrhale, et de mille autres causes d'asynergie vocale?

Une ulcération étant donnée, à quelle lésion primordiale et de peu de durée a-t-elle succédé? Pour le pharynx, dans la majorité des cas, c'est à la plaque muqueuse que l'ulcération fait suite. Faut-il admettre, comme dans les deux cas rapportés par M. Lasègue, qu'il y a eu rupia ou psoriasis?

Pour le larynx, y a-t-il éruption préalable? L'ulcération est-elle primitive? Je vous ai exposé ma façon de penser à ce sujet, au début de cette leçon; passons maintenant à l'étude des ulcérations en elles-mêmes.

Je divise les ulcérations en deux classes : 1° *les ulcérations superficielles;* 2° *les ulcérations graves.*

Ulcérations superficielles. — Elles sont formées par la chute de l'épithélium, et n'entament que très-superficiellement le chorion muqueux. Elles appartiennent à la deuxième période et varient suivant leur siége.

Siégent-elles sur le voile du palais, la luette, les amygdales? Elles tiennent encore de la plaque muqueuse dont elles relèvent; elles présentent une surface grise, opaline, gaufrée.

Quand l'ulcération siége sur l'épiglotte, c'est surtout au bord libre qu'elle se développe; mais la filiation avec la plaque muqueuse est déjà plus difficile à établir, elle a l'aspect d'un coup de râpe avec rougeur plus ou moins vive.

Sur les aryténoïdes et l'infundibulum, les ulcérations sont grisâtres, et il se forme autour d'elles une auréole rouge qui s'accompagne toujours d'une tuméfaction inflammatoire.

Sur les cordes vocales, ce sont de simples érosions plus ou moins plaquées, sans saillies, sinueuses et irrégulières, présentant un certain dépoli des surfaces, et non la teinte rouge sombre que l'on a décrite.

Quant aux ulcérations qui frappent la portion sous-glottique et la trachée, elles touchent à la période tertiaire de la syphilis. Elles sont à fond grisâtre, serpigineuses, entourées d'une auréole inflammatoire assez vive.

Leur évolution est rapide. A l'aide du traitement général et de quelques attouchements avec une solution de chlorure de zinc au 50e ou de nitrate d'argent au 30e, l'auréole pâlit, le fond se déterge et la guérison ne se fait pas attendre.

Ulcérations graves. — Les ulcérations graves ont été mieux étudiées que les ulcérations superficielles, dont nous venons de terminer l'étude. Gerhard et Roth les ont rencontrées 18 fois sur 56 cas de syphilis graves, — ce qui donne une proportion de un pour trois. Leur fréquence ainsi que leur gravité a été exagérée par ces auteurs. — Elles appartiennent surtout à la période tertiaire de la syphilis, et encore faut-il bien établir que le larynx et le pharynx forment deux

départements bien distincts. Tandis que ces ulcérations apparaissent au pharynx dans les premiers temps de la période tertiaire, ce n'est, au contraire, qu'à une période très-avancée qu'elles élisent domicile dans le larynx.

Vous ne les verrez que six ans au moins, et même huit ans après la période d'infection.

M. Fournier divise les ulcérations graves en deux classes :

1° Les syphilides ulcéreuses simples.

2° Les syphilides gommeuses ulcérées { circonscrites. / infiltrées en nappes.

A cette division nous pouvons ajouter une troisième forme ;

3° Les syphilides nécrosiques,

soit que l'ulcération commence par la muqueuse, soit qu'elle débute par les cartilages.

Avant de vous parler des ulcérations graves qui frappent le pharynx et le larynx, je dois vous entretenir d'abord des accidents tertiaires de la langue, qui, elle aussi, est assez fréquemment atteinte d'ulcérations simples et de gommes ulcérées.

La syphilide ulcéreuse d'emblée de la langue présente des bords taillés à pic plus ou moins réguliers, en forme de bourrelet rénitent, mais sans indura-

tion proprement dite, à fond jaunâtre ou grisâtre, et entourés d'une auréole rouge scarlatineuse.

Lorsque ces ulcérations surviennent à la suite de gommes, les caractères sont à peu près les mêmes. — Le creux est plus profond, les bords un peu plus irréguliers.

Il ne faut pas les confondre avec les glossites produites par une mauvaise dent ou un chicot dentaire, qui, en contact continuel avec la langue, finit par déterminer des ulcérations profondes qui pourraient en imposer. La situation de l'ulcération en face de ce chicot, les douleurs vives qu'elle détermine, permettent d'en reconnaître la véritable cause.

Elles diffèrent aussi de la glossite des fumeurs, en ce que dans cette dernière il n'y a pas ulcération véritable; c'est une érosion superficielle; la langue est fendillée et inégale.

Dans la glossite tuberculeuse, le fond de l'ulcération est tomenteux, et sur les bords on ne trouve pas cette auréole inflammatoire scarlatineuse qui est un des caractères pathognomoniques de l'ulcération syphilitique. Cette dernière se distingue encore du cancroïde ulcéré en ce que, dans celui-ci, l'ulcération a fait suite tardivement à une tumeur indolente, en ce qu'elle repose sur une surface indurée dans une étendue très-large; de plus, les bords, au lieu d'être taillés à pic, sont relevés en forme de godets. Si l'ulcération dure déjà depuis un certain temps, on trouve

des ganglions indurés dans la région cervicale, tandis que la syphilis tertiaire n'a pas de retentissement sur eux. Enfin, comme dernier élément de diagnostic, l'iodure de potassium n'a pas d'action sur le cancroïde.

Voûte palatine et voile du palais. — Les deux formes d'ulcérations que nous avons admises sont fréquentes à la voûte palatine et au voile. M. Fournier admet comme plus rares qu'au voile, les gommes de la voûte palatine osseuse : ceci est vrai, surtout pour les gommes en nappe.

Au voile du palais, le siége des ulcérations varie, soit qu'elles surviennent d'emblée, soit qu'elles fassent suite à des gommes mortifiées. Tantôt elles se développent sur le bord libre du voile et au voisinage de la racine de la luette, tantôt elles siégent sur la partie centrale. Lorsqu'une gomme siége sur le bord du voile, elle fait rapidement place à une ulcération qui, même avec le traitement le mieux approprié, tend à s'étendre. La luette œdématiée est pendante et tiraille continuellement la plaie dans les efforts de déglutition. Que la luette vienne à se mortifier par une sorte d'apoplexie, elle ne tarde pas à tomber spontanément, et la guérison, longtemps retardée par sa présence, ne se fait plus attendre. Puisqu'il en est ainsi, puisque c'est la luette qui empêche la cicatrisation, pourquoi attendre patiemment sa chute

spontanée, et laisser, pendant un temps indéterminé, l'ulcération s'étendre aux dépens de la portion membraneuse du voile? L'indication thérapeutique précise est donc de la couper pour arrêter les progrès de la destruction. C'est la pratique que je vous conseille, et à laquelle je dois de nombreux et excellents résultats.

Lorsqu'une gomme frappe la partie centrale du voile du palais, sa destruction rapide entraîne une perte de substance faite à l'emporte-pièce de toute l'épaisseur de l'organe. Cette fenêtre, dont la forme varie depuis le rond parfait jusqu'à l'ovale, présente une auréole carminée au pourtour et se recouvre sur ses bords de produits quelquefois pultacés et le plus souvent purulents. L'indolence de ces ulcérations est telle qu'elles se produisent très-souvent sans que le malade en ait conscience. Ce n'est que la gêne de la phonation et de la déglutition qui le détermine à recourir au médecin. Si la perte de substance n'est pas trop étendue, grâce à un traitement convenable, la cicatrisation se fera promptement. Dans ces cas, si la luette gonflée tiraille la plaie, si elle n'est plus rattachée au voile que par deux pédicules fort minces, ne craignez pas d'exciser avec des ciseaux un organe inutile dont la perte n'entraîne aucune gêne dans la déglutition. Vous éviterez ainsi ces délabrements considérables qui constituent une infirmité irrémédiable chez les malheureux dont le voile du palais n'est plus

réduit qu'à un tronçon. Vous aurez la chance de voir le voile une fois cicatrisé présenter la forme d'une ogive ou d'une voûte en arc, conditions compatibles avec la déglutition et la phonation régulières.

Les gommes en nappe sont plus rares que les gommes circonscrites, et leur dectruction donne naissance à de petites fenêtres multiples.

Quelquefois les ulcérations qui font suite au développement des gommes siégent sur la voûte palatine osseuse. Ce siége entraîne souvent des infirmités graves par suite de la nécrose des os palatins ou maxillaires supérieurs, et même des os du nez.

Enfin les ulcérations se développent quelquefois sur la paroi postérieure du pharynx; mais cette lésion est rare, très-rare même, la paroi postérieure étant le plus habituellement le siége de prédilection de la scrofule.

La cicatrisation de ces ulcérations est assez régulière, si le sujet atteint de syphilis n'est pas scrofuleux. Mais lorsque la scrofule marche de pair avec la syphilis, alors la cicatrisation se fait difficilement, les deux diathèses s'ajoutent et la cicatrisation tardive est irrégulière.

Passons maintenant à l'étude des ulcérations du larynx.

On disait autrefois : pas d'ulcération sur l'épiglotte, pas de syphilis dans le larynx. Cette règle est trop absolue, et s'il est juste de dire que les ulcérations

syphilitiques du larynx sont le plus souvent accompagnées d'ulcérations de l'épiglotte, il n'est pas moins vrai que des ulcérations syphilitiques peuvent exister dans le larynx, l'épiglotte restant indemne.

Le siége habituel des lésions syphilitiques du larynx est, par ordre de fréquence, l'épiglotte, les aryténoïdes, les cordes vocales, la portion sous-glottique du larynx et la trachée.

Épiglotte. — Les ulcérations qui se développent sur l'épiglotte siégent sur le bord libre, sous forme d'entailles faites à l'emporte-pièce. C'est donc une destruction partielle, dont la marche peut aller si loin qu'elle entraîne en peu de temps l'abrasion complète de l'opercule.

On en trouvera un bel exemple dans l'observation publiée dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, tome I, page 337; 1875.

Les ulcérations syphilitiques frappent aussi la région aryténoïdienne. Elles y présentent un fond plat et gris, et sont entourées le plus ordinairement d'un cercle œdémateux qui en augmente la profondeur; leur diagnostic avec les ulcérations tuberculeuses est très-difficile, et cela d'autant plus que l'accident primitif est plus éloigné. En effet, à mesure que la syphilis vieillit, elle perd de plus en plus ses caractères; elle devient *honnête*, suivant l'heureuse expression de M. Fournier.

Les cordes vocales sont aussi le siége de la syphilis tertiaire. Mais les accidents surviennent rarement avant la huitième année après l'infection. Ce sont des ulcérations marginales, quelquefois faites à l'emporte-pièce, et d'une marche rapide. Il se forme souvent autour d'elles des stalactites ou excroissances polypiformes, qui ne sont autres qu'une production de bourgeons charnus. Je vous en ai parlé lorsque nous avons étudié ensemble les éruptions, et je vous rappellerai que le traitement antisyphilitique n'a pas d'action sur eux, qu'ils ont une tendance permanente au développement, et qu'on ne peut pour les réprimer que leur opposer un traitement local par des cautérisations puissantes avec les caustiques chimiques ou le galvano-cautère.

Les ulcérations sous-glottiques sont souvent serpigineuses. Débutant immédiatement au-dessous des cordes vocales, elles ne tardent pas à attaquer toute la hauteur de l'arbre trachéal et s'accompagnent toujours de périchondrite avec destruction des anneaux de la trachée. C'est donc une affection grave à cause du rétrécissement considérable du calibre de la trachée qui en résulte, rétrécissement dû tant à la disparition des cerceaux cartilagineux nécrosés qu'à la tendance rétractile du tissu fibreux cicatriciel.

Cette rétraction du tissu cicatriciel a fait émettre à M. Moissenet l'opinion que, pour éviter les rétrécissements, il fallait modérer la guérison et ne pas don-

ner un traitement trop rapide. D'accord avec M. Simonnet, je suis loin de partager cette manière de voir; je pense, au contraire, que le traitement rapide peut enrayer la destruction progressive des cartilages.

Gommes. — Je vous ai décrit tout à l'heure les ulcérations qui succèdent aux gommes, mais je ne vous ai pas parlé des gommes en elles-mêmes. La gomme est une tumeur, de volume variable, ayant de la tendance à ulcérer les tissus qui la recouvrent, et présentant au fond de l'ulcération une surface grisâtre.

Les gommes qui siégent au voile du palais, vous ai-je dit, se présentent sous deux aspects; elles sont *circonscrites* ou *en nappe* dans le larynx.

Elles peuvent se développer soit sur l'épiglotte (vous en trouverez une observation détaillée à la page 400 du tome I des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*), soit sur les aryténoïdes, soit enfin dans la trachée. Les gommes siégeant sur la trachée sont peu connues. Ces gommes s'accompagnent généralement d'œdème, soit passager, soit permanent. Lorsqu'il est passager, il est en général précoce, et il témoigne soit d'une gêne mécanique dans la circulation, soit d'un travail inflammatoire de voisinage. Dans ce cas, si la gêne de la respiration est grande, par quelques cautérisations à l'acide chromi-

que au huitième, on se rendra assez facilement maître de la lésion. Mais si l'œdème survient tardivement, alors il est permanent. On ne peut le réprimer; il s'indure. On peut affirmer qu'il y a de la périchondrite. Ce n'est plus en présence d'un œdème franc que l'on se trouve, mais on a affaire à un tissu de nouvelle formation. Car la syphilis est plastique, et les tissus qu'elle engendre sortent rapidement de l'état embryonnaire pour devenir adultes et vieillir.

Cet état de survie des éléments morbides de la syphilis a conduit à tort les Allemands à créer une laryngite spéciale qu'ils ont appelée *laryngite hypertrophique*. Or l'hypertrophie ne se rencontre pas seulement dans la syphilis : elle peut succéder à d'autres affections du larynx, témoin la tuberculose. C'est un état anatomique secondaire et non une maladie spéciale, pas plus que l'œdème de la glotte n'est une maladie. Ces hypertrophies ne sont pas non plus influencées par le traitement.

Les ulcérations une fois cicatrisées entraînent toujours avec elles des rétrécissements. Or ces rétrécissements peuvent porter sur trois points différents :

1° *Sur l'infundibulum* (je suis, je crois, le premier qui les y ai signalés) ; 2° *sur la glotte;* 3° *sur la trachée*. Sur l'infundibulum, c'est par l'affaissement des aryténoïdes à la suite de la nécrose et de la disparition des cartilages de Wrisberg. Le rétrécissement

porte-t-il sur la glotte? ou bien il est le résultat de cicatrices avec hypertrophie ou infiltration des cordes vocales, et alors il est permanent; ou bien il est produit par de l'hypertrophie simple, par une infiltration qui guérit facilement à l'aide d'un traitement approprié.

Enfin, les rétrécissements de la trachée varient suivant le nombre d'anneaux disparus.

Ils peuvent s'étendre jusqu'à la bifurcation de la trachée, et modifient le calibre et la direction du tube aérien.

C'est contre ces déviations que Demarquay a imaginé des canules bivalves et quadrivalves, dont l'extrémité en forme de bec de canard permet l'introduction à travers le rétrécissement, et que l'on ouvre comme un spéculum, une fois le rétrécissement franchi.

Pour l'étude des rétrécissements de la trachée, nous vous renvoyons à la thèse de Charnal (Th. de doctorat, 1864. *Rétrécissements syphilitiques de la trachée*).

SYMPTÔMES. — MARCHE ET DURÉE DES ACCIDENTS SYPHILITIQUES DE LA GORGE ET DU LARYNX.

Symptômes. — Les symptômes varient avec les différentes périodes de la syphilis. On peut les diviser : 1° en signes locaux; 2° en signes localisés, dans

des régions autres que la gorge et le larynx ; 3° en signes généraux.

Pour les signes locaux, nous examinerons : 1° la douleur locale ; 2° les troubles de la phonation depuis l'enrouement jusqu'à l'aphonie complète ; 3° les crachats ; 4° la toux ; 5° la dyspnée ; 6° les ulcérations.

Douleur locale. — Elle est spontanée ou provoquée. Spontanée, elle témoigne de son existence par la dysphagie. Tandis que la dysphagie est fréquente dans la période secondaire de la syphilis, lorsqu'il existe une érosion ou une ulcération superficielle, dans la période tertiaire, au contraire, elle n'existe jamais, suivant MM. Bœckel et Fournier. Cette affirmation est trop absolue. S'il est vrai de dire qu'une gomme circonscrite, une ulcération, une perforation de la partie membraneuse du voile du palais, ne déterminent pas de douleur, il est, au contraire, des gommes en nappe qui s'accompagnent de troubles marqués de la déglutition. Ce n'est pas à la nature de la lésion qu'il faut attribuer cette sensibilité, nulle dans le premier cas, exagérée dans l'autre, mais bien au siége même de la lésion. Les gommes peuvent se développer indifféremment partout. Or, sur le voile membraneux elles ne déterminent aucune douleur ; se développent-elles sur les piliers du voile, les aryténoïdes, l'épiglotte, il y a de la douleur spontanée, de la dysphagie. La scrofule,

elle aussi, de même que certaines manifestations de la syphilis tertiaire, est indolente, et c'est là un des caractères du lupus pharyngien. C'est encore là une question de siége. La scrofule du pharynx est indolente, parce qu'elle frappe le plus souvent, pour ne pas dire toujours, la paroi postérieure du pharynx. On peut donc poser en loi que dans la syphilis tertiaire et la scrofule, l'insensibilité, loin d'être un signe pathognomonique, n'existe que parce que les parties le plus souvent atteintes échappent, dans les phases de la déglutition, au contact des corps étrangers.

Quant à la douleur provoquée par la pression, elle manque très-souvent, et les craquements que l'on aperçoit quelquefois sous le doigt révèlent la nécrose des cartilages.

Troubles de la phonation. — Les troubles de la phonation, dans la syphilis, peuvent aller depuis l'enrouement, le *raucedo syphilitica*, jusqu'à l'aphonie la plus complète. Ces troubles peuvent exister dans la période secondaire et la période tertiaire de la syphilis.

M. Ferras, dans sa thèse de doctorat (1873), a voulu diviser les altérations de la voix en altérations portant sur le timbre, le diapason, la souplesse, l'intensité de la voix. M. Mauriac a fait justice de ces prétendues finesses. Les altérations de la voix n'ont rien de spécial dans la syphilis; et du reste, comment pour-

rait-on tirer des conclusions justes, devant les hypothèses plus ou moins fondées invoquées pour donner la physiologie de la voix?

Dans les manifestations précoces de la syphilis laryngée, l'aphonie résulte soit de la simple congestion, soit de la parésie des cordes vocales, soit enfin de troubles névropathiques, de ce que Diday a appelé *aphonie secondaire :* mais il est très-difficile de faire la part de ce qui, dans l'aphonie de la syphilis précoce, revient à chacune de ces trois causes. Quoi qu'il en soit, l'aphonie à cette période est passagère. Il en est autrement dans la syphilis tertiaire, et alors il peut se présenter trois cas. 1° Y a-t-il un délabrement considérable du voile du palais? Quelquefois la voix est normale : mais le plus souvent elle est nasonnée. C'est une altération dans la prononciation des sons et non une aphonie laryngée réelle. 2° Existe-t-il des ulcérations, des gommes des cordes vocales, ou un rétrécissement consécutif de la glotte ? Alors on a l'aphonie vraie, contre laquelle il n'y a pas de remède. Enfin, 3° les accidents cérébraux de la syphilis tertiaire peuvent entraîner l'aphonie par hémiplégie laryngée.

Crachats. — Dans la syphilis précoce, les crachats n'ont rien de significatif. C'est à l'absorption du traitement mercuriel qu'il faut rapporter les salivations abondantes. Les surfaces ulcérées sont nettes,

bien lavées, caractère qui les différencie nettement des ulcérations de la phthisie et de la scrofule. Lorsque les crachats sont sanieux, purulents, fétides, ils indiquent des ulcérations profondes. S'ils contiennent des débris, des séquestres cartilagineux, ils indiquent des ulcérations profondes avec périchondrite et nécrose.

La scrofule est-elle unie à la syphilis, les crachats atteignent leur maximum de fétidité.

Toux. — La toux est un symptôme peu fréquent et sans signification, à moins qu'il n'existe de la syphilis du poumon. Le traitement juge le diagnostic, car l'iodure de potassium se rend facilement maître des gommes du poumon. L'auscultation cependant peut déceler par le sifflement l'existence d'un rétrécissement laryngien.

Dyspnée. — Nulle au début, elle n'existe qu'avec les lésions graves des périodes éloignées, telles que des ulcérations considérables, des gommes, diminuant le calibre du tube aérien, les rétrécissements, quel que soit leur siége. La dyspnée est-elle intense? s'accompagne-t-elle de ce phénomène qu'on appelle le *tirage?* Il n'y a pas à hésiter, c'est à la trachéotomie qu'il faut avoir recours.

Qu'est-ce que le tirage? Quel est son mécanisme

physiologique? Voici l'explication rationnelle que j'en donne :

Dans la respiration normale, pendant l'inspiration, les côtes et le creux épigastrique se soulèvent par la contraction du diaphragme. Y a-t-il un obstacle à l'entrée de l'air dans le poumon? Le malade fait effort pour inspirer, le diaphragme se contracte, mais incomplétement. L'air n'entrant dans le poumon qu'en trop faible quantité, il se fait un vide dans la cavité thoracique. L'équilibre entre la pression intérieure et la pression atmosphérique extérieure étant rompue, le creux épigastrique, au lieu de se soulever, se déprime tant que l'équilibre n'est pas rétabli. On peut donc dire que le tirage est une inspiration diaphragmatique avortée.

Ulcérations. — Quant aux ulcérations de la langue, de la bouche, du larynx, ce sont des signes objectifs de la syphilis, dont nous avons parlé plus haut.

Symptômes localisés concomitants. — Les symptômes localisés concomitants servent à établir le diagnostic syphilis. Ce sont les accidents siégeant sur les organes génitaux, ce sont les manifestations cutanées qui, comme les accidents du côté de la gorge, dénotent la généralisation de la syphilis devenue constitutionnelle. Cette généralisation s'annonce par du ma-

laise, de la courbature, de la céphalée, de l'anémie, de la fièvre nocturne, des troubles nerveux, si variés chez la femme, et enfin par l'engorgement des ganglions lymphatiques. Or, au cou les ganglions sont de deux ordres. Ce sont : 1° les ganglions cervicaux ; 2° les ganglions sous-maxillaires. Ceux-ci s'engorgent quelquefois dans les accidents buccaux et laryngés de la syphilis précoce, plus souvent peut-être qu'on ne le pense généralement. Dans la syphilis tertiaire, au contraire, ils ne s'engorgent presque jamais. Quant à la pléiade ganglionnaire de la région cervicale postérieure, elle s'engorge au contraire toujours dans la syphilis secondaire, et jamais dans la syphilis tertiaire. Est-elle l'expression du retentissement des ulcérations superficielles du cuir chevelu? ou bien constitue-t-elle une adénite d'emblée annonçant que la syphilis est devenue constitutionnelle? C'est à cette dernière façon de voir que je me range, et je ne la reconnais pas comme un retentissement laryngien.

Peut-on établir une coïncidence ou une alternance définie entre les lésions cutanées et celles de la gorge? Non, messieurs. Dans la syphilis précoce, toutes les éruptions cutanées, depuis la roséole jusqu'au tubercule, ont pu marcher parallèlement ou alternativement avec les lésions de la gorge et du larynx, sans qu'il soit possible d'établir la moindre règle.

Pour la syphilis tertiaire, viscérale et même pul-

monaire, il n'y a pas non plus de lésion concomitante constante.

Il en est de même pour la cachexie ultime de la syphilis.

On peut donc dire que le larynx n'est pas le tributaire obligé de la syphilis, quelles que soient les manifestations morbides.

Marche. — La marche de la syphilis laryngée est celle de la syphilis elle-même.

Elle est chronique et se fait par poussées successives. Les manifestations secondaires et tertiaires apparaissent d'avant en arrière et de dehors en dedans. Elles frappent d'abord les lèvres, la bouche et les piliers ; ce n'est que tardivement qu'elles s'implantent sur l'épiglotte, les cordes vocales et la trachée. Plus elle vieillit, plus elle pénètre profondément. On a dit que la couleur était d'autant plus foncée qu'on s'éloignait de la bouche. Ce n'est pas là ce que m'ont appris mes recherches personnelles, bien au contraire. Cuivrée, couleur maigre de jambon au voisinage des orifices et aux orifices mêmes, la coloration des manifestations devient carminée au voile du palais et rose dans le larynx. Superficielle au début, presque épithéliale, elle gagne en profondeur avec l'âge. Au larynx comme à la peau, les différentes périodes de la syphilis sont séparées par des intervalles, et les mêmes accidents, sauf l'accident pri-

mordial, le chancre, peuvent reparaître à plusieurs années de distance, avant l'apparition d'accidents graves.

La durée de la syphilis est indéfinie, sans limites fixes. Les accidents tertiaires ne frappent le larynx que vers la cinquième, la sixième et même la huitième année. La durée des accidents est-elle influencée par la malignité de la source? Le cas est possible, mais non démontré. Quoi qu'il en soit, il est un fait bien établi aujourd'hui, c'est l'influence du terrain sur lequel se développe la syphilis, et au point de vue de la gravité, on peut avancer que les cas de délabrements rapides sont dus à des cumuls de diathèse.

Chez les herpétiques, la syphilis est plus féconde et les manifestations sont de plus longue durée. Dans l'arthritisme, l'influence de cette dernière diathèse sur la syphilis n'a pas été étudiée.

La scrofule est une complication commune et malheureusement très-grave de la syphilis. La scrofule est une affection asthénique qui, liée à la syphilis, donne à la marche et à la durée des manifestations syphilitiques un caractère de gravité incontestée; et le mariage de ces deux diathèses est tellement évident que, pour mieux le désigner, on a donné aux lésions le nom de scrofulates de vérole.

La scrofule a-t-elle des liaisons de parenté avec la syphilis? Est-elle, comme on l'a dit, fille de la syphilis? Peut-on accepter cette idée émise par certains au-

teurs qu'un père syphilitique peut procréer un enfant scrofuleux? Pour moi, le fait est loin d'être démontré; je me contente de croire, sans remonter à la genèse de la scrofule, que sur un même sujet ces deux diathèses réunies produisent des effets désastreux.

Jointe à la phthisie, la syphilis est une complication d'une extrême gravité. Sans admettre que la syphilis rende plus apte à engendrer la tuberculose, je pense qu'un tuberculeux qui contracte la syphilis est voué à une mort prochaine. En effet, survienne une ulcération du larynx chez un tuberculeux en puissance de syphilis, elle tiendra de l'une et de l'autre diathèse et, par le fait même de l'incompatibilité des traitements que réclame chacune de ces affections, elle est inguérissable, tandis qu'une ulcération chez un phthisique sans syphilis peut guérir, et qu'une ulcération syphilitique chez un malade non tuberculeux, guérit facilement par un traitement mercuriel et ioduré. On voit donc aisément la gravité de la syphilis et des accidents laryngiens chez un tuberculeux syphilitique.

Guérison. — La guérison de la syphilis est heureusement très-fréquente dans la première et la deuxième période, à l'aide d'une médication rationnelle; et tout malade qui s'est soumis à un traitement régulier a grand'chance d'éviter les accidents laryngiens, toujours graves, de la troisième période.

Cependant, alors même qu'ils ont frappé le larynx, les accidents tertiaires sont encore curables en combinant avec persévérance le traitement local et le traitement général.

Enfin, dans les accidents de suffocation imminente par œdème de la glotte survenant dans toutes les périodes de la syphilis, on doit recourir immédiatement à la trachéotomie. Ce moyen sera quelquefois nécessaire aussi pour combattre les rétrécissements progressifs qui suivent la cicatrisation des accidents laryngiens.

HUITIÈME LEÇON

DE L'ANGINE SCROFULEUSE (PHARYNGO-LARYNGITE SCROFULEUSE)

SOMMAIRE. — Siége spécial de l'angine scrofuleuse. — Symptômes : marche progressive des lésions de haut en bas et d'arrière en avant ; cicatrices étoilées succédant aux ulcérations ; pharyngite sèche. — Durée. — Accidents divers : rétrécissements cicatriciels du larynx, hémorrhagies graves. — Formes cliniques de l'angine scrofuleuse : 1° angine scrofuleuse-superficielle, 2° angine ulcéreuse bénigne, 3° angine ulcéreuse perforante. — Diagnostic de l'angine scrofuleuse avec la syphilis, la phthisie laryngée, la tuberculose miliaire pharyngo-laryngée, le catarrhe simple et le cancer. — Traitement.

MESSIEURS,

Les lésions scrofuleuses du pharynx ont été pendant longtemps fort mal connues, et aujourd'hui encore, malgré les nombreux et importants travaux qui leur ont été consacrés, certains points ne sont pas encore complétement élucidés.

Hamilton, de Dublin, étudia un des premiers l'angine scrofuleuse, et il décrivit des lésions qui se rapprochent beaucoup de celle que nous étudierons plus loin.

Bazin a décrit, sous le nom de scrofulide pharyngée superficielle, un état granuleux de la muqueuse, accompagné d'amygdalite chronique, avec voix gutturale, bourdonnement d'oreilles et quelquefois surdité, crachats muqueux épais et jaunâtres.

Mais les médecins de l'hôpital Saint-Louis se sont surtout occupés des lésions du lupus pharyngé, et c'est à cette manifestation grave de la scrofule que sont consacrés les travaux de MM. Lailler, Hardy, C. Paul, Fougère, ainsi qu'une thèse récente de M. Homolle. Les chirurgiens qui ont été appelés à remédier aux désordres produits par cette affection, l'ont envisagée surtout au point de vue des opérations autoplastiques qu'elle nécessite (Dieffenbach, Verneuil, *Arch. gén. méd.*, 1865, t. II, p. 422).

M. Lasègue ne peut se refuser à admettre l'angine scrofuleuse, mais il avoue ne pouvoir en préciser les caractères, et être obligé de s'en rapporter, pour l'interprétation des lésions, à l'examen général des malades.

Enfin en 1870, j'eus l'occasion d'observer un assez grand nombre de malades atteints de pharyngite ulcéreuse, et c'est leur examen approfondi qui m'a permis de donner dans mon mémoire de 1872 (*Société méd. des hôpitaux* et *Union médicale*) les caractères *positifs* de cette affection.

Quels sont les caractères des lésions scrofuleuses du pharynx?

Siége. — La scrofule débute par le pharynx, jamais par le larynx, et l'angine a un siége spécial et une marche déterminée. C'est sur la paroi postérieure du pharynx (et c'est là un point désormais admis par la plupart des auteurs) que se montrent les premières manifestations. Elles envahissent ensuite les piliers et le voile du palais, rarement les amygdales.

La portion sus-palatine du pharynx est atteinte aussi primitivement, et l'affection se propage vers l'ouverture postérieure des fosses nasales et vers l'orifice de la trompe d'Eustache.

Enfin l'épiglotte, les éminences aryténoïdes et l'infundibulum laryngien sont pris à leur tour, mais à une période avancée.

Symptômes. — On observe au début une période analogue à l'angine glanduleuse, puis sur les glandules hypertrophiées, qui apparaissent comme de petites nodosités au fond du pharynx, se montrent des ulcérations superficielles. Le fond de ces petites ulcérations présente une coloration *jaune*.

Bientôt, on observe des ulcérations en dehors des saillies glanduleuses, dans les espaces qui les séparent : elles sont irrégulières. Leurs bords sinueux et non taillés à pic, forment un relief à peine appréciable : quand elles sont anciennes, elles sont entourées d'un liséré rouge lie de vin, mais qui n'a jamais la coloration rouge pourprée et l'étendue des auréoles

qui entourent les ulcérations syphilitiques. Le liséré, du reste, est rapidement modifié par le traitement, et ne tarde pas à disparaître.

Tout autour de ces ulcères, on voit les granulations du début, devenues plus saillantes et d'une rougeur plus foncée, violacée même ; elles donnent au fond du pharynx un aspect mamelonné.

Ces parties sont recouvertes de crachats fétides, visqueux, *adhérant fortement* aux ulcérations qu'ils recouvrent, se desséchant pendant la nuit, le malade respirant habituellement la bouche ouverte, sans doute à cause du coryza concomitant, et rejetés le matin, au réveil, sous forme de croûtes sanguinolentes.

C'est là un caractère important, qu'avait vu le premier Hamilton, qui décrit « des matières glaireuses verdâtres, adhérant à la muqueuse, qui, au-dessous d'elles, est rougeâtre, mamelonnée. »

Dans quelques cas, ces ulcérations sont recouvertes de produits pultacés.

Les ulcérations ne donnent lieu à aucun trouble fonctionnel. Elles sont absolument indolentes, et c'est là un caractère fort important, qui distingue l'angine scrofuleuse des manifestations pharyngées de la syphilis, lesquelles sont au contraire fort douloureuses.

Les lésions s'étendent et deviennent plus profondes : cette marche envahissante a lieu de haut en bas

et d'arrière en avant, à partir de la paroi postérieure du pharynx.

Ces ulcérations sont essentiellement destructives. Elles s'étendent aux piliers du palais et les sectionnent : ceux-ci deviennent alors flottants comme de véritables drapeaux ; mais ils ne restent pas longtemps libres, et vont se greffer sur la paroi postérieure du pharynx, contractant là des adhérences cicatricielles, dont la rétraction peut produire les difformités les plus grandes. Quelquefois, les deux piliers, restant fixés à la paroi postérieure du pharynx, et ne laissant entre eux qu'un très-petit espace, constituent une sorte de cloison, qui sépare presque complétement la partie supérieure du pharynx de sa partie inférieure ; dans ce cas, la surdité est presque inévitable.

Quand elles s'étendent plus bas, vers l'épiglotte, ces ulcérations donnent lieu à des déformations très-remarquables. Chez un de nos malades, il y avait une adhérence entre le bord latéral de l'épiglotte et le pilier du voile du palais correspondant. Cette bride cicatricielle avait amené un déplacement en masse du larynx.

L'épiglotte peut être presque complétement détruite, et on observe à sa place de grosses végétations d'un rose pâle qui rétrécissent plus ou moins l'entrée du larynx. Les cordes vocales présentent aussi des ulcérations suivies de cicatrices plus ou moins marquées qui les réunissent dans une étendue variable.

Les altérations laryngées peuvent produire une gêne considérable de la respiration, et même des accidents de suffocation tels, que la trachéotomie devient dans certains cas nécessaire.

Les lésions si profondes que j'ai décrites sur la paroi postérieure du pharynx finissent par se réparer, et laissent à leur suite des cicatrices dont la disposition spéciale permet de reconnaître longtemps après la nature des lésions dont elles sont la suite. D'une coloration nacrée, sans saillie au-dessus de la muqueuse, ces cicatrices ont une forme *étoilée*, caractéristique, et elles apparaissent très-nettement au fond du pharynx.

Mais ces ulcérations suivies de ces cicatrices, ne sont pas les seules apparences que revête la scrofule pharyngée. J'ai souvent vu une autre forme de pharyngite qui se rattache à la scrofule : c'est la pharyngite sèche. La paroi postérieure du pharynx est sèche, dépouillée de son épithélium, quelquefois recouverte de croûtes grisâtres recouvrant des exulcérations saignantes. Sa coloration est d'un rouge pâle : on y remarque un état variqueux des veines de la muqueuse. C'est là ce qu'on pourrait appeler l'*aspect fuligineux* du fond du pharynx.

Durée. — La durée de l'angine scrofuleuse est indéfinie : elle persiste quelquefois toute la vie. D'autres fois elle guérit d'une façon définitive; souvent elle

présente des exacerbations séparées par de grands intervalles.

L'angine scrofuleuse peut donner lieu à des accidents divers. Indépendamment des déformations si étendues qui en résultent et qui entraînent des troubles fonctionnels variés, indépendamment des menaces de suffocation qui, à une période avancée, lorsque le larynx est profondément altéré, peuvent nécessiter la trachéotomie, la scrofule du pharynx s'accompagne quelquefois d'hémorrhagies en nappe, à la surface des ulcérations. Ces hémorrhagies sont quelquefois très-abondantes, et M. Landrieux a observé dans le service du professeur Lasègue, un cas d'hémorrhagie foudroyante, causée par l'ulcération de la carotide interne. C'est là un cas fort rare, heureusement, mais c'est un accident dont il faut admettre la possibilité quand on observe un malade présentant des lésions profondes.

Enfin les malades atteints d'angine scrofuleuse sont, comme tous les scrofuleux, exposés à devenir phthisiques. La phthisie accompagne même souvent l'angine scrofuleuse. Mais elle envahit le poumon, et les deux diathèses, greffées sur le même individu, gardent chacune leur localisation respective. La scrofule reste limitée au pharynx, n'envahissant le larynx qu'à une période déjà avancée. La phthisie, au contraire, d'abord fixée au poumon, envahit ensuite le larynx, mais ne monte pas plus haut.

La syphilis est souvent réunie à la scrofule, et beaucoup d'angines scrofuleuses ne sont qu'un mélange des deux diathèses. Dans ces cas mixtes, la scrofule constitue ordinairement la base, le terrain sur lequel vient se greffer la syphilis. C'est dans cette forme que l'on observe la marche rapidement destructive des accidents, et ce serait elle qui, d'après mes observations, s'accompagnerait le plus souvent d'hémorrhagies en nappe.

Formes cliniques de l'angine scrofuleuse. — Mon mémoire de 1871 a provoqué à la Société médicale des hôpitaux de longues discussions, et beaucoup de mes idées ont été alors contestées. On y revient petit à petit aujourd'hui. Les divergences qui me séparent de mes contradicteurs tiennent surtout, je crois, à la différence des milieux où nous avons observé. A l'hôpital Saint-Louis, en effet, on voit surtout des lésions ayant acquis un grand développement, et les altérations plus superficielles, plus récentes, y sont très-rarement observées. Mais c'est au début seulement que l'on peut enrayer la marche de la scrofulide du pharynx, et vous comprenez, messieurs, l'immense intérêt qu'il y a à établir sur des bases solides les données du diagnostic à cette période. Trop souvent, en effet, des lésions récentes sont prises pour de la syphilis, et le traitement spécifique est absolument sans action sur elles.

Quelles sont donc les formes cliniques de l'angine scrofuleuse?

1° L'*angine scrofuleuse superficielle* vient d'être étudiée par M. Lemaître dans sa thèse.

Cette forme est caractérisée par l'existence d'un catarrhe localisé à la partie sus-palatine du pharynx. M. Lemaître affirme que ces lésions ne dépassent jamais le niveau du voile du palais : c'est là, selon moi, une opinion trop absolue. Quoi qu'il en soit, la muqueuse présente une teinte légèrement violacée, et elle est couverte par points de croûtes peu épaisses, de couleur verdâtre, rejetées par le malade à son réveil. Le catarrhe sus-palatin s'étend souvent vers l'orifice postérieur des fosses nasales et y provoque de l'ozène. Les lésions s'étendent au contraire rarement vers la trompe d'Eustache.

C'est là, messieurs, la forme la plus légère de l'angine scrofuleuse, très-analogue au coryza chronique des sujets lymphatiques. Elle est essentiellement caractérisée par son siége, par la production de croûtes d'un aspect spécial, recouvrant des érosions superficielles. J'avais pensé que ces érosions siégeaient au sommet des glandes de la muqueuse; cette opinion est combattue par M. Lemaître, et j'admets aujourd'hui que cette lésion est, en effet, assez rare, mais j'en ai vu des exemples positifs.

2° J'admets une seconde forme, que j'appelle *ulcéreuse bénigne*. Elle est caractérisée par la présence

d'ulcérations peu profondes, présentant un aspect adipeux. C'est l'objet de mon mémoire de 1872.

3° Nous avons enfin la forme ulcéreuse à marche *rapidement perforante*, qui se rencontre surtout lorsqu'il y a cumul des deux diathèses, scrofule et syphilis. C'est là le lupus. La pharyngite scrofuleuse apparaît tantôt comme consécutive au lupus facial, tantôt elle l'accompagne; d'autres fois, mais plus rarement, elle le précède.

On admet que dans ces cas la lésion commence par la partie supérieure du voile du palais. Je ne le crois pas, et selon moi c'est toujours la moitié inférieure de la face supérieure du voile du palais qui est primitivement atteinte. C'est dans cette dernière forme qu'on observe les hémorrhagies et les autres accidents dont je vous ai entretenus plus haut. C'est elle qui provoque les accidents laryngés, dont la gravité peut amener une mort rapide, si on n'y remédie par la trachéotomie.

Les autres manifestations de la scrofule sont quelquefois observées chez les individus atteints d'angine pharyngée au premier degré, mais très-souvent elles sont assez peu marquées, la manifestation que j'étudie devant vous étant une des formes les plus légères de la scrofule. Néanmoins la durée de la maladie, son indolence, les récidives faciles suffisent pour lui imprimer un cachet caractéristique.

Diagnostic. — Avec la syphilis. Les cas mixtes dont je vous ai signalé la fréquence rendent la distinction très-difficile; aussi est-ce seulement lorsque les deux diathèses ne sont pas réunies que nous trouverons des caractères bien nets qui nous permettront de les distinguer.

C'est d'abord le siége spécial des lésions qui va nous éclairer : dans la scrofule, c'est la paroi postérieure du pharynx et la partie la plus élevée de cette paroi qui est atteinte la première; les lésions s'étendent de haut en bas, et d'arrière en avant. La syphilis attaque d'abord la paroi antérieure du voile du palais; elle s'étend d'avant en arrière, et de haut en bas. En outre, les lésions syphilitiques présentent une coloration carminée avec des auréoles à reflet opalin.

Les scrofulides ont une couleur jaune pâle. Elles sont entourées d'un simple liséré rouge sans reflet opalin.

Les ulcérations de la syphilis sont douloureuses; celles de la scrofule, au contraire, présentent une indolence remarquable. Nettes et bourgeonnantes dans la syphilis, elles sont couvertes dans la scrofule de crachats visqueux et de croûtes adhérentes.

Enfin les antécédents, les commémoratifs, et en dernier lieu les résultats du traitement mercuriel, rapidement favorables dans la syphilis, nuls ou fâcheux dans la scrofule, permettront dans tous les cas d'arriver au diagnostic certain.

Les caractères qui distinguent la scrofule de la phthisie laryngée sont encore plus tranchés. La scrofule attaque d'abord le pharynx pour s'étendre ensuite, par une marche descendante, au larynx, qu'elle atteint du reste assez rarement. Elle donne lieu à des ulcérations serpigineuses, recouvertes de crachats visqueux, et à leur suite à des pertes de substance considérables. Ces ulcérations exhalent une odeur fétide. La phthisie, au contraire, est primitivement une laryngite, qui s'étend, rarement cependant, au pharynx, en suivant une direction ascendante. La lésion pharyngée qu'on rencontre le plus souvent dans ce cas, c'est une pharyngite glanduleuse simple. On n'observe jamais ces grands délabrements de la scrofule, ni cette odeur fétide que je vous ai signalée. L'auscultation lèverait tous les doutes, si on pouvait un instant confondre ces deux affections si profondément distinctes.

La tuberculose miliaire pharyngo-laryngée ou granulie pharyngée se distingue facilement aussi de la scrofule. Les granulations sont plus pâles, et elles s'accompagnent de douleurs très-vives, inconnues dans la scrofule. Enfin on observe rapidement tous les symptômes de la phthisie galopante.

Le catarrhe simple pourrait être confondu avec l'angine scrofuleuse superficielle; mais la rougeur sombre, la tuméfaction, les crachats blancs et la surdité fréquente qui accompagnent le premier, le dis-

tinguent facilement de l'apparence mamelonnée, avec croûtes et crachats visqueux de la seconde, qui s'accompagne presque toujours de coryza, et par contre ne donne jamais lieu à la surdité.

Enfin, on ne confondra pas la scrofule avec le cancer, la première présentant des ulcérations sans tumeur et sans engorgement notable de leurs bords, le second donnant presque toujours lieu à la fois à une tumeur et une ulcération : cette dernière présentant dans tous les cas une induration caractéristique de ses bords.

Complication. — Chez un scrofuleux, la variole peut amener des lésions pharyngées considérables. Le commémoratif seul permettra d'établir le diagnostic.

L'angine scrofuleuse peut donc être facilement distinguée par une analyse attentive des maladies qui s'en rapprochent. C'est surtout la syphilis qui peut en imposer, et je vous ai dit toute l'importance du diagnostic.

Traitement. — Un principe le domine tout entier : s'abstenir du traitement mercuriel qui non-seulement est inutile, mais encore nuisible. Il faut, autant que possible, faire le diagnostic sans avoir recours à cette épreuve, qui a toujours des inconvénients, et qu'il ne faut jamais employer, même dans

les cas mixtes. Une bonne hygiène, les toniques sous toutes leurs formes, l'huile de foie de morue, l'iodure de potassium, l'iodure de fer, les bains sulfureux, forment la base du traitement général.

Les lésions locales doivent être attaquées par des cautérisations fréquentes.

Les applications d'iode sous forme de teinture ou de glycérolé, le chlorure de zinc, sont les deux topiques que j'emploie le plus souvent.

L'acide chromique est utile quand les ulcérations sont couvertes de végétations, ou que des accidents d'œdème de la glotte apparaissent. Si les ulcérations deviennent saignantes, je les touche avec du perchlorure de fer; mais j'emploie rarement le nitrate d'argent, sauf quand les ulcérations, déjà modifiées par les autres topiques que je vous ai indiqués, sont sur le point de se cicatriser.

Enfin, les douches nasales ont une réelle utilité. Vous savez, messieurs, que lorsqu'on injecte avec une certaine force un liquide dans une narine, il revient par l'autre et ne pénètre jamais dans le pharynx, les piliers postérieurs du voile du palais, par leur contraction, en fermant l'entrée. Ces douches sont très-souvent employées, et avec avantage : on emploie la solution de chlorate de potasse ou une solution iodée; quelques eaux minérales, et surtout celles de *Saint-Christau*.

IXe, X^e, XIe, XIIe ET XIIIe LEÇON

DE LA PHTHISIE LARYNGÉE

SOMMAIRE. — Définition. — Il y a deux formes de phthisie laryngée, la forme commune et la tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée. — Description de la forme commune. — On peut admettre dans la phthisie laryngée trois périodes. — Description de la première période : aspect des cordes vocales, de la commissure interaryténoïdienne ; état du pharynx et des poumons. — Deuxième période : ulcérations, déformations des cordes vocales. — Troisième période : suppuration ; périchondrites et nécrose des cartilages du larynx. — Marche. — Durée. — Terminaison. — Diagnostic. — Traitement.

MESSIEURS,

Je vais commencer aujourd'hui devant vous l'étude de la phthisie laryngée. C'est là une affection grave et malheureusement trop fréquente, puisque la moitié, peut-être même les deux tiers de nos malades en sont atteints : dans la pratique de la ville la proportion est moindre ; mais à l'hôpital, la phthisie laryngée constitue la majorité des maladies du larynx que nous sommes appelés à observer. — Si l'étude clinique et anatomo-pathologique de cette maladie

présente, malgré de nombreuses obscurités, un intérêt considérable, la thérapeutique n'en est pas moins importante ; et j'espère parvenir à vous démontrer que les lésions laryngées des phthisiques peuvent être favorablement modifiées, et que leur amélioration peut avoir une notable influence sur la marche de l'affection générale qui les tient sous sa dépendance.

Comment devons-nous définir la phthisie laryngée ? — C'est, suivant moi, une laryngite liée à la diathèse tuberculeuse. Je m'en tiens à cette définition générale. Certains auteurs, et entre autre M. Jaccoud, dans son *Traité de pathologie interne*, distinguent de la phthisie laryngée due à la présence de granulations tuberculeuses dans le larynx, une variété de laryngite, usrvenant dans la phthisie, et qu'il appelle la *laryngite des tuberculeux*. Celle-ci ne serait qu'un catarrhe simple pouvant aboutir à l'ulcération sans que le larynx *contienne un seul tubercule*, tandis que celle-là serait la conséquence du développement de tubercules dont l'évolution ultérieure amènerait des lésions profondes de la muqueuse et du squelette. Tandis que la première serait toujours secondaire, et se montrerait dans le cours d'une tuberculose pulmonaire plus ou moins avancée, la seconde pourrait être la manifestation la plus précoce de la diathèse, et devancer toute lésion appréciable des poumons. Quant aux causes de cette laryngite des tuberculeux, M. Jaccoud, sans être absolument affirmatif, parle de

l'influence du passage des crachats, des secousses de la toux, hypothèses déjà émises par M. Louis.

Je pense, comme M. Jaccoud, que les lésions laryngées peuvent se montrer au début de la phthisie, dont elles semblent constituer la première manifestation, ou à une période avancée, alors que les altérations pulmonaires ont acquis un grand développement. Mais je ne crois pas que, s'appuyant sur ce fait indiscutable, on soit autorisé à différencier, au point de vue anatomo-pathologique, la phthisie laryngée précoce de la phthisie laryngée tardive. La question est certainement bien difficile à résoudre, car l'anatomie pathologique de la phthisie laryngée au début est encore à faire : mais pourquoi ne pas admettre que les granulations grises que l'on trouve dans le larynx, et qui y ont été signalées par Rokitansky, puissent se développer secondairement par inoculation locale, due au passage de crachats venant des poumons ou toute autre cause, aussi bien qu'être la première manifestation de la diathèse tuberculeuse ?

Où sont les caractères cliniques différentiels autorisant une distinction anatomo-pathologique aussi absolue ?

Messieurs, bien que l'opinion de M. Jaccoud ne soit pas directement réfutable, puisque les autopsies manquent, et en raison même de cette impossibilité d'une étude anatomo-pathologique approfondie, je

crois pouvoir dire qu'elle n'est pas suffisamment fondée, et je refuse de m'y rallier.

Je viens de vous dire combien laisse encore à désirer l'étude anatomo-pathologique des lésions laryngées dans la tuberculose; en effet, les altérations qui paraissent si nettes sur le vivant sont souvent à peine appréciables après la mort, par suite de l'affaissement des parties. — Au début, l'examen laryngoscopique ne permet pas de juger la nature histologique des altérations : si la présence des granulations laryngées répondait à l'aspect velvétique de la commissure postérieure, on pourrait admettre que les premières lésions de la granulie laryngée sont visibles au laryngoscope; mais cette apparence velvétique appartient aussi bien aux laryngites dues à l'herpétisme qu'à celles dont le développement reconnaît pour cause la tuberculose. En outre, les lésions ne sont pas si limitées; M. Renaut a signalé en effet l'infiltration de l'épiglotte et même de toute la muqueuse laryngée par une matière grisâtre, compacte, analogue à la matière tuberculeuse de M. Grancher.

Enfin, dans certains cas ces granulations se rencontrent sur le pharynx et le voile du palais, en même temps que dans le larynx. Plus tard, quand les lésions sont plus profondes, quand des ulcérations se sont développées entraînant à leur suite des périchondrites et des nécroses de cartilages, l'affection perd tout caractère objectif qui permette de la distinguer des

autres laryngites ulcéreuses dues à la syphilis ou à la scrofule.

Ces détails qui font ressortir la difficulté du sujet apportent un nouvel argument aux objections faites par nous à l'opinion de M. Jaccoud.

Un dernier mot, messieurs, avant de commencer la description de la maladie qui nous occupe; je crois fermement à l'unité de la phthisie. Laissant à l'école allemande l'opinion que la tuberculose n'est constituée que par la granulation grise, et la distinction entre la tuberculose pulmonaire et la pneumonie caséeuse, j'adopte entièrement les idées de notre illustre Laënnec sur l'unité de la phthisie : idées que les recherches de l'école histologique française, celles de MM. Charcot et Vulpian en particulier, sont venues confirmer, et auxquelles deux thèses récentes, dues à MM. Grancher et Thaon, ont apporté un nouvel appui.

J'aborde maintenant, messieurs, la description de la phthisie laryngée; on doit en distinguer deux formes cliniques :

1° La phthisie laryngée commune, se montrant à une période variable de l'évolution de la phthisie pulmonaire ;

2° La phthisie pharyngo-laryngée primitive, constituée par le développement de granulations grises, et se compliquant rapidement de phthisie galopante.

Cette seconde forme est très-rare.

Phthisie laryngée commune.—Je dois d'abord vous faire remarquer, messieurs, dès le début de cette étude, combien il est rare de rencontrer des lésions tuberculeuses du pharynx dans la phthisie laryngée. Quand elles existent, ce qui constitue l'immense exception, elles sont peu marquées, et n'arrivent en tous cas à la période ulcéreuse qu'aux derniers degrés de la phthisie.

Néanmoins, on trouve chez les malades affectés de laryngite tuberculeuse une lésion qui n'a, je m'empresse de vous le dire, aucune connexité anatomo-pathologique avec l'ulcération laryngée. C'est un aspect spécial du pharynx dont la muqueuse apparaît recouverte de lacis vasculaires tranchant sur un fond blanchâtre, et parsemée de granulations glandulaires.

M. Lasègue a décrit comme assez fréquentes les varices des veines pharyngées, surtout de celles qui entourent l'orifice de la trompe d'Eustache. Ces varices pourraient donner lieu, suivant lui, à des hémorrhagies assez abondantes pour simuler une hémoptysie.

L'auteur ne donne, messieurs, que deux observations confirmant le fait qu'il avance : l'une d'elles concerne un jeune médecin de mes amis, dont j'ai pu suivre la maladie dans tous ses symptômes, et je dois déclarer que les hémoptysies qu'il a présentées me paraissaient avoir pour point de départ le poumon, et non des varices pharyngiennes. Sans nier d'une

façon absolue cette altération, je la crois trop rare pour que l'on doive insister sur sa description.

L'altération tuberculeuse est donc d'emblée intra-laryngienne.

C'est là, messieurs, un caractère important qui distingue la phthisie laryngée des lésions syphilitiques et scrofuleuses du larynx : ces lésions en effet ne sont que la dernière étape d'altérations qui ont débuté par l'isthme du gosier, la face supérieure du voile du palais ou les fosses nasales, et qui dans leur marche descendante n'arrivent qu'en dernier lieu au larynx.

Je tiens à insister dès le début sur ce caractère important de l'affection qui nous occupe : car il a la plus grande valeur, dans les cas douteux, pour établir le diagnostic différentiel.

Cela dit, j'en commence la description.

On peut admettre trois périodes ou degrés dans sa marche :

1° Période catarrhale ou épithéliale ;
2° Période ulcérative et œdémateuse ;
3° Période suppurative et nécrosique.

Ces périodes se succèdent par transitions insensibles et répondent parfaitement, au point de vue anatomo-pathologique, aux périodes correspondantes de l'altération pulmonaire. Mais, malgré l'analogie des lésions des deux organes, à leurs différentes périodes, il n'y a pas coïncidence chronologique. Ainsi, le premier

degré de l'altération laryngée peut apparaître avant toute manifestation thoracique appréciable par nos moyens d'exploration. Quelquefois, au contraire, il coïncide avec le deuxième et même le troisième degré de la phthisie pulmonaire. — J'ai observé chez un chanteur atteint de tuberculose pulmonaire au troisième degré le premier degré de la phthisie laryngée, et nous avons en ce moment dans nos salles une malade atteinte de cavernes pulmonaires, et chez laquelle nous avons observé des ulcérations laryngées que nous sommes arrivé à guérir par un traitement topique.

Vous voyez donc, messieurs, qu'il est impossible d'établir de règles au sujet de la correspondance des altérations dans le poumon et dans le larynx, puisqu'avec la phthisie pulmonaire au troisième degré on peut observer le premier, le second ou le troisième degré de la tuberculose laryngée.

Mais ce que l'on peut poser en principe, c'est que toutes les fois que les lésions du larynx sont parvenues à la période ulcéreuse, la phthisie pulmonaire est au troisième degré. Les altérations pulmonaires sont ordinairement plus avancées que celles du larynx; quand la phthisie laryngée précède la phthisie pulmonaire, elle reste presque indéfiniment au premier degré.

Période catarrhale ou épithéliale. — Les lésions

de cette première période s'observent sur les cordes vocales, à la commissure postérieure, et sur les autres parties du larynx.

Les cordes vocales présentent un aspect variable. Elles sont tantôt pâles, tantôt rouges. D'après M. Fauvel, dont l'opinion est admise par M. Jaccoud, elles sont rouges, et peuvent même présenter une *teinte hémorrhagique*. Je ne conteste pas la réalité de ce fait, mais il constitue une rare exception, et la teinte pâle est la plus fréquente.

Quant à la rougeur dont parlent MM. Fauvel et Jaccoud, ce n'est pas dans son aspect hémorrhagique qu'il faut chercher un caractère spécial, mais dans sa disposition. C'est en effet disséminée par plaques qu'on l'observe, et non pas étendue sur toute la surface des cordes vocales, comme dans les laryngites catarrhales. Outre cette rougeur, on voit quelquefois sur le bord libre de la corde vocale, au niveau du point où M. Coyne décrit de l'épithélium pavimenteux, une coloration blanchâtre, opaline, sous forme de plaques isolées. Cet aspect, que l'on trouve aussi dans le catarrhe simple, existe surtout dans la laryngite tuberculeuse. La surface des cordes vocales n'est plus lisse comme à l'état normal, et il y existe des saillies ressemblant à des bourgeons charnus.

Quant à la commissure postérieure, on y a signalé la présence de granulations qui lui donnent l'aspect d'un velours à gros grains (*aspect velvétique*). Pour

Turck, cela ne se verrait que dans la phthisie, mais j'ai trouvé aussi cet aspect velouté dans les laryngites des herpétiques.

Ces saillies pourraient tomber, et laisser à leur place de petites ulcérations. Ce sont là des détails dont l'exactitude n'est pas suffisamment démontrée. Les altérations de l'épiglotte apparaissent d'abord à sa face postérieure. Le grand nombre de glandes en grappes qui y existent lui donnent un aspect chagriné, sablé. Sa coloration est d'un rouge foncé. La face antérieure présente bientôt un léger gonflement, et son bord libre a un aspect particulier, que j'ai comparé à ce qu'on observe sur le bord libre des paupières, chez un individu atteint de *blépharite ciliaire*, et que je désigne sous le nom d'aspect chassieux.

Quant à son volume, il est augmenté tantôt par places, tantôt au contraire on observe une tuméfaction légère de tout l'organe. On observe également le gonflement et la rougeur des éminences aryténoïdes, l'infundibulum laryngien est le siége d'une rougeur foncée.

On aperçoit souvent sur les parties ainsi altérées des crachats gris, visqueux, adhérant à la muqueuse. Tels sont les symptômes objectifs de la phthisie laryngée à sa première période ; quant aux symptômes subjectifs, ce sont les suivants :

La douleur ordinairement peu intense manque quelquefois. La toux est fréquente, quinteuse, et son

intensité me paraît proportionnelle au degré de l'altération velvétique de la commissure postérieure. La voix est voilée, et cet enrouement passager présente des recrudescences fréquentes.

Quant aux troubles de la déglutition, ils n'existent pas, ou sont à peine marqués à cette période. La dysphagie n'apparaît en effet qu'à la période ulcérative. Le pharynx présente souvent cette angine glanduleuse dont j'ai déjà parlé, et qui se montre sous l'aspect de fines arborisations vasculaires se ramifiant sur une muqueuse à teinte pâle, et présentant de fines granulations rouges : quelquefois, chez les scrofuleux, ces granulations ont un volume plus considérable. Vous voyez, messieurs, combien sont minimes les altérations concomitantes du pharynx à cette période, et elles manquent souvent : on peut dire, en somme, que l'anémie pharyngienne est ce qu'on observe ordinairement.

Quant aux symptômes de phthisie pulmonaire, ils sont, comme je vous l'ai dit, fort variables, puisqu'on observe à ce moment le premier, le second et même le troisième degré.

MESSIEURS,

J'ai décrit dans ma dernière leçon la première période de la phthisie laryngée; je vais vous exposer aujourd'hui l'anatomie et les symptômes de la seconde période, ou période ulcérative.

Aux altérations superficielles que je vous ai décrites succèdent des lésions plus étendues et plus profondes, qui sont constituées principalement par des ulcérations de la muqueuse laryngée.

Les cordes vocales présentent plus accentués les changements que je vous ai décrits comme constituant le premier degré de la phthisie laryngée. Au lieu de l'aspect lisse normal, elles ont une disposition inégale, serratique de leurs bords. Sur ceux-ci apparaissent des ulcérations, tantôt étendues à toute leur longueur, ce qui est très-rare, tantôt, et le plus souvent, taillées à l'emporte-pièce, creusant une véritable lacune dans la corde vocale, et ayant la largeur d'une tête d'épingle environ. Ces ulcérations marginales diminuent la largeur de la corde vocale sur laquelle elles se développent, et lui font perdre cet aspect lisse et poli qu'elle présente à l'état normal.

Elles s'observent le plus souvent à la partie postérieure des cordes vocales inférieures, au niveau des

éminences aryténoïdiennes ; par les progrès ultérieurs du travail ulcératif, on voit se produire la glotte interaryténoïdienne, disposition admise bien à tort comme constituant l'état normal, et dont j'ai nié absolument l'existence sur le larynx sain.

Les lésions s'accentuant davantage, la forme de la corde vocale s'altère de plus en plus ; elle devient sinueuse sur ses bords, et en même temps apparaissent sur la corde vocale opposée des saillies végétantes, sortes de stalactites s'emboîtant plus ou moins exactement dans les dépressions existant du côté opposé. Il y a là un véritable engrènement, et vous comprenez, messieurs, qu'on peut observer dans ces cas les dispositions les plus singulières.

Tant que l'ulcération n'a pas atteint le bord adhérent de la corde vocale sur laquelle elle s'est développée, la déformation n'est pas trop accentuée; mais une fois la corde vocale divisée dans toute son épaisseur, ces deux fragments, l'antérieur et le postérieur, se rétractent, se portent en haut, et donnent à l'organe les apparences les plus bizarres.

La glotte, au lieu d'être dirigée d'avant en arrière, est presque toujours oblique d'arrière en avant et de droite à gauche, son diamètre est considérablement diminué, et elle se présente fort souvent sous l'apparence d'une fente linéaire noirâtre, tranchant par sa coloration sur la rougeur des parties qui l'environnent: de cette fente linéaire partent des prolonge-

ments rayonnés, affectant divers directions, et pénétrant entre les fongosites végétantes dont je vous parlais tout à l'heure. On peut résumer d'un mot la description qui précède, en disant que la glotte à cette période de la maladie ressemble à un *ostéoplaste*.

Quant à la raison du changement de direction de la glotte, et de sa déviation dans un sens toujours identique, je me vois forcé, messieurs, de vous dire qu'elle n'est pas encore connue.

Tant que ce travail ulcératif se borne aux cordes vocales, il n'y a que très-peu d'œdème, circonstance facile à expliquer par la disposition spéciale de la muqueuse à leur niveau, sa minceur, et une adhérence intime aux faisceaux fibreux qui les constituent.

Après les cordes vocales, les parties du larynx sur lesquelles on observe le plus fréquemment les lésions de cette seconde période sont les éminences et la commissure aryténoïdiennes. A la place des petites tumeurs que je vous ai signalées à la première période sur ces parties, on voit un semis d'ulcérations punctiformes. Je vous ferai observer, messieurs, que cette forme des ulcérations, que je vous signale ici, est loin de ressembler aux pertes de substance larges et serpigineuses de la syphilis laryngée. Quoi qu'il en soit, un œdème marqué se développe rapidement autour de ces ulcérations. Les parties œdématiées sont rouges et douloureuses; dans certains moments cependant

elles ont une teinte jaunâtre due à la présence du pus et des crachats. Outre cet œdème des éminences aryténoïdes, on observe aussi une infiltration des replis aryténo-épiglottiques qui se présentent sous la forme de deux bourrelets pâles, blanchâtres, tranchant sur la teinte rouge foncé des parties qui les environnent.

Mais les ulcérations ne sont pas limitées aux cordes vocales inférieures et aux éminences aryténoïdiennes; elles se montrent aussi sur l'infundibulum laryngien; là aussi se produisent ces bourgeons saillants que je vous signalais sur les cordes vocales inférieures, et leur développement peut être assez considérable pour cacher complétement celles-ci.

L'épiglotte s'ulcère d'assez bonne heure. Les ulcérations se montrent d'abord sur sa face inférieure ou laryngienne, et non sur sa face supérieure et sur ses bords comme dans la syphilis. — C'est là un caractère important, qui permet la distinction entre les deux affections, bien plus que les variétés de coloration, qui sont fort peu accentuées au larynx et très-difficilement appréciables. On voit aussi sur le bord libre de l'épiglotte des exulcérations serpigineuses très-superficielles. On pourrait les confondre avec des plaques muqueuses; mais elles en diffèrent par l'absence absolue de la saillie légère que présentent ces dernières. Vous savez du reste, messieurs, qu'on observe à la langue chez les tuberculeux des ulcéra-

tions fort difficiles à distinguer des accidents syphilitiques, dont elles affectent le siége et l'aspect.

Les ulcérations qui succèdent à un travail de ramollissement des granulations tuberculeuses s'observent de même sur l'épiglotte, et sur la muqueuse intestinale. M. Laboulbène a signalé aussi chez les tuberculeux des ulcérations absolument analogues à celles dont je vous parle, et qu'il a observées à l'anus. Elles rendent la défécation fort douloureuse, et donnent lieu à des symptômes qui peuvent être confondus à un examen superficiel avec ceux de la fistule anale.

Toutes ces pertes de substance, messieurs, succèdent à la fonte de granulations tuberculeuses développées dans la muqueuse laryngée.

L'épiglotte présente une tuméfaction qui peut devenir très-marquée. Elle n'est pas infiltrée de sérosité, mais bien d'une matière gélatineuse, compacte, grisâtre, que le microscope nous démontrera certainement être de la matière tuberculeuse. Elle apparaît alors sous la forme d'un gros bourrelet saillant, arrondi; c'est ce que j'ai appelé l'*épiglotte en phimosis*.

Plus tard le gonflement augmente encore, les bords de l'opercule se tuméfient et deviennent irréguliers; entre eux apparaît une ligne sombre, dirigée d'avant en arrière, c'est la glotte, dont les dimensions sont plus ou moins considérables. — Les deux bords

de l'épiglotte tuméfiée peuvent arriver en contact, et il ne reste plus alors qu'une fente linéaire de coloration foncée, tranchant sur la teinte rouge de l'épiglotte qui forme alors une saillie comparable au gland, dans le paraphimosis. C'est la disposition que j'ai décrite sous le nom d'*épiglotte en paraphimosis*.

Vous comprenez, messieurs, que lorsque les lésions laryngées ont atteint un pareil développement, la fonction respiratoire est fortement compromise, et qu'on doit redouter de voir le malade succomber à des accidents de suffocation.

Mais ce qu'il y a de remarquable, messieurs, et j'insiste sur ce fait que j'ai déjà signalé à votre attention, c'est qu'avec des altérations aussi étendues du larynx le pharynx est presque toujours parfaitement sain. Aussi pouvons-nous poser comme principe que la *tuberculose n'aime pas le pharynx*. Ce n'est que beaucoup plus tard que cet organe est pris.

Quant aux lésions pulmonaires qui répondent à cette période de la phthisie laryngée, elles sont variables, mais presque toujours assez profondes, et ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'on observe quelquefois une véritable alternance entre la marche des lésions pulmonaires et laryngées. Celles-ci se montrent, en effet, par poussées successives séparées par des rémissions plus ou moins prolongées, pendant les-

quelles l'altération pulmonaire semble précipiter sa marche.

Troisième période. — A la troisième période, que j'ai appelée nécrosique, les lésions de la phthisie laryngée sont encore plus profondes. Indépendamment des altérations si étendues de la muqueuse dont je vous parlais dans ma dernière leçon, nous voyons survenir des lésions des cartilages qui constituent le squelette laryngien.

Elles commencent par des périchondrites, toujours consécutives aux ulcérations de la muqueuse gagnant en profondeur, car je ne pense pas qu'elles puissent se développer d'emblée. Siégeant d'abord sur les cartilages de Wrisberg, ou sur les aryténoïdes, ces périchondrites envahissent ensuite l'épiglotte, le thyroïde et le cricoïde. Quelquefois limitées, et donnant lieu à un abcès plus ou moins volumineux qui s'ouvre et s'affaisse, elles sont le plus souvent assez étendues pour entraîner des troubles profonds dans la nutrition des cartilages, et en dernier lieu leur élimination totale ou partielle.

Alors, messieurs, le larynx subit une véritable fonte purulente. L'épiglotte a perdu sa forme primitive ; réduite à un bourgeon plus ou moins volumineux et irrégulier, elle se confond avec les végétations fongueuses qui occupent le vestibule laryngé. Les cordes

vocales ne sont plus reconnaissables, et le laryngoscope ne montre à l'entrée des voies aériennes que des saillies fongueuses, couvertes d'une suppuration abondante, exhalant une odeur infecte.

Quelquefois des portions plus ou moins considérables des cartilages nécrosés sont éliminées, le larynx s'affaisse, et sa cavité est réduite à une fente étroite et anfractueuse. La muqueuse présente une sorte d'œdème phlegmoneux, alors l'aphonie est complète; la toux éteinte, la respiration difficile, donnent lieu à un véritable cornage et on observe fort souvent un symptôme très-pénible, la dysphagie, qui empêche les malheureux malades de prendre aucune nourriture. Nous pouvons, comme je vous le dirai plus tard, la combattre efficacement par un traitement local, qui, s'il n'a aucune influence sur la marche de la maladie et sur sa terminaison fatale, diminue au moins les épouvantables douleurs qu'éprouvent les malades.

Marche. — La marche de la phthisie laryngée est essentiellement lente; elle procède par poussées successives, qui, comme je vous l'ai dit, alternent avec les lésions pulmonaires.

Vous avez vu qu'il y a une variété infinie dans la correspondance des altérations pulmonaires et laryngées. Par le traitement on peut enrayer la marche de la tuberculose laryngée, et l'on voit quelquefois la

phthisie pulmonaire s'améliorer parallèlement. Ce n'est pas là, il faut bien le dire, un fait constant.

Durée. — La durée des deux premières périodes est indéfinie : elle peut atteindre plusieurs années ; la troisième ne dure pas habituellement plus de quelques mois, et, comme nous sommes absolument désarmés contre elle, il en résulte que tous nos efforts devront tendre à prolonger la première et la seconde période.

En effet, à partir de la période nécrosique qui correspond aux cavernes pulmonaires la maladie accélère sa marche, et son évolution est continue au lieu d'être intermittente comme dans les deux premières périodes.

Terminaison. — La mort est la terminaison fatale de la tuberculose laryngée ; comme la phthisie pulmonaire, elle ne comporte guère qu'un traitement palliatif, et accompagnant cette dernière, elle aggrave de beaucoup l'état du malade.

Quant à la manière dont la mort a lieu, elle est fort variable.

Tantôt le malade est pris d'accès de suffocation, et succombe rapidement. C'est là un accident fréquent qui, au point de vue du traitement, donne lieu à des considérations importantes que je développerai ultérieurement.

D'autres fois le malade succombe lentement, miné

par une fièvre hectique, véritable septicémie, causée par la suppuration abondante qui a lieu à l'entrée des voies laryngées.

Enfin, messieurs, la mort arrive, comme dans la phthisie ordinaire, par les progrès de l'évolution tuberculeuse dans les poumons, à laquelle viennent s'ajouter les désordres causés par la lésion laryngée. Les malades succombent dans le marasme : la déglutition devient presque impossible, la langue se couvre de muguet, le pharynx présente une sécheresse, une pâleur caractéristique et, dans certains cas, des ulcérations multiples, conséquences de folliculites. Autour de ces ulcérations, la muqueuse présente une coloration blanchâtre fort remarquable. C'est à ce moment seulement, c'est-à-dire en dernier lieu, qu'apparaissent les ulcérations pharyngées. J'insiste sur ce point, messieurs, et je vous rappelle qu'en traitant de l'anatomie pathologique je vous ai déjà indiqué cette marche ascendante de la phthisie laryngée. C'est là un caractère de la plus grande valeur, et nous en verrons toute l'importance en parlant du diagnostic.

Pronostic. — Vous pouvez en apprécier, d'après ce que je viens de vous dire, messieurs, toute la gravité. Il est fatal. Mais si la mort est inévitable, elle survient plus ou moins rapidement selon la période de l'altération laryngée, et les désordres pulmonaires. Ce sont là deux données importantes qui permettent

d'établir un pronostic exact en faisant, bien entendu, la part des accidents aigus qui peuvent entraîner une mort rapide.

Le second degré de la phthisie laryngée dure quelquefois fort longtemps; il peut même guérir, et je vous ai dit que la marche de la phthisie pulmonaire est favorablement influencée par l'amélioration de la lésion laryngée. — Quand le troisième degré est constitué, on ne peut plus espérer de temps d'arrêt, la marche de l'affection est continue et la mort ne tarde pas à survenir. Il est bien évident néanmoins que l'état général du malade, les troubles intestinaux, le muguet, etc., entreront en ligne de compte, pour formuler un pronostic exact.

Diagnostic. — J'ai assez insisté sur le caractère de la phthisie laryngée, messieurs, pour ne point avoir besoin d'y revenir. Aussi vais-je me borner à vous exposer le diagnostic différentiel de cette maladie.

Il n'y a vraiment de difficulté qu'au début, quand les symptômes de la phthisie pulmonaire sont nuls ou difficilement appréciables; mais plus tard l'évidence est telle, que le doute n'est plus possible.

1° Au début on peut hésiter entre la laryngite tuberculeuse et la laryngite catarrhale.

L'état général du malade doit être étudié avec le plus grand soin.

L'examen laryngoscopique permet-il, au début, d'établir une distinction entre ces deux affections? — Oui, messieurs, dans une certaine mesure.

L'aspect velvétique des parties n'établit qu'une présomption de phthisie laryngée; il en est de même de la rougeur disséminée par places, donnant l'apparence de petits coups de pinceau trempé dans du vermillon.

Mais c'est surtout le siége des premières lésions et leur marche qui est caractéristique dans la phthisie laryngée.

C'est à la commissure postérieure, en effet, qu'apparaît d'abord la rougeur; elle est disséminée sur des points de peu d'étendue, elle s'étend d'arrière en avant et de bas en haut.

Autour de ces points rouges, la muqueuse présente une teinte pâle. Le contraire est l'exception, et il est extrêmement rare d'observer une rougeur vive.

La forme inflammatoire aiguë, et même hémorrhagique, se rencontre très-rarement. S'il y a de l'œdème, il est pâle et peu durable.

De bonne heure enfin, apparaissent des ulcérations sur les cordes vocales et la commissure postérieure.

Dans le catarrhe simple nous trouvons un aspect tout opposé des parties.

La rougeur de la muqueuse est généralisée, et non disséminée sur des points précis; on n'observe pas cette teinte pâle sur laquelle tranchent comme de

petits îlots les points rouges, vascularisés, de la commissure.

Les cordes vocales ont, dès le début, une coloration rouge, et, quand les parties sont œdématiées, elles ont une teinte rouge générale.

En outre, il n'y a pas d'ulcérations dans le catarrhe simple : elles n'existent que dans les catarrhes diathésiques.

2° A une période plus avancée on doit distinguer la phthisie laryngée de la scrofule et de la syphilis.

a.— La *scrofule* est primitivement pharyngée, et ses lésions se montrent d'abord sur la paroi postérieure du pharynx.

Elle s'étend de haut en bas, et n'atteint que tardivement le larynx.

Les ulcérations scrofuleuses ont un aspect atonique, jaunâtre, *adipeux*, en quelque sorte.

Vous voyez, messieurs, que ces caractères diffèrent essentiellement de ceux de la phthisie, qui nous a présenté des lésions primitivement laryngées, n'atteignant le pharynx que tardivement; en outre, les ulcérations de la phthisie sont plus colorées et les parties qui les entourent sont œdématiées.

Quant à la présence des altérations pulmonaires, elles n'ont pas ici une grande valeur : on trouve en effet la phthisie pulmonaire chez les scrofuleux.

b — La *syphilis* et la phthisie laryngée sont fort difficiles à différencier à leurs périodes ultimes, mais au début on peut facilement les distinguer d'après l'aspect des parties malades, indépendamment des résultats fournis par l'examen des poumons.

Comme la scrofule, en effet, la syphilis a une marche descendante ; elle n'attaque le larynx que fort tard, et là encore elle évolue d'une façon spéciale.

Ce n'est plus la paroi pharyngienne postérieure qui présente les premières lésions, comme dans la scrofule, mais le voile du palais. Au larynx, la syphilis se montre d'abord sur l'épiglotte, et s'étend au reste de l'organe en partant de ce point, c'est-à-dire d'avant en arrière.

Les parties malades ont une coloration carminée, opaline ; les ulcérations se montrent d'abord sur l'épiglotte.

Ce sont là, messieurs, des caractères absolument opposés à ceux de la phthisie, et ils ne permettent guère de se tromper ; il est vrai que la syphilis, comme la tuberculose, procède par poussées successives, mais elles ont lieu à intervalles plus longs, et les lésions superficielles de la syphilis persistent fort longtemps. La marche de la phthisie est plus continue et plus rapide. En outre, un syphilitique atteint de troubles laryngés ne présente d'accidents graves qu'à une époque très-avancée, et dans ces cas même l'auscultation permet d'établir un diagnostic que la

ressemblance des lésions à cette période rendrait fort difficile.

Dans les cas mixtes, les difficultés s'accroissent; on a remarqué que lorsqu'il y a cumul des deux diathèses, les ulcérations ne peuvent être modifiées par le traitement topique le plus actif. En outre, l'administration du mercure aggrave la phthisie, et son absence précipite la marche de la syphilis.

3° Quant aux affections arthritiques et herpétiques du larynx, je les étudierai plus tard, et c'est à ce moment que je vous exposerai les caractères qui permettent de les différencier de la tuberculose.

4° Les laryngites des maladies aiguës, fièvres typhoïdes, fièvres éruptives, etc., sont caractérisées par l'ensemble des symptômes généraux qui les accompagnent.

Traitement. — Le traitement doit être à la fois général et local.

Du premier, je ne vous dirai que peu de chose. J'étudierai avec beaucoup de détails le traitement local.

Dès la première période, on doit agir sur le larynx par les topiques caustiques ou astringents.

Pour ces cautérisations laryngées, on se sert d'un

instrument très-commode, la griffe de Trouvé. On emploie aussi quelquefois le pinceau.

J'emploie dans ce cas le nitrate d'argent en solution au trentième. L'iode est aussi un modificateur utile : je n'emploie pas la solution alcoolique, à laquelle je préfère une solution aqueuse ainsi formulée :

Iode.	0,25
Iodure de potassium.	0,50
Eau distillée ou glycérine.	30

Le chlorure de zinc est un caustique précieux : plus énergiquement caustique que le nitrate d'argent, il est aussi plus astringent que lui. En outre, il ne cautérise que les parties dépourvues de leur épithélium, et ne provoque pas d'écoulement sanguin. En dernier lieu, il n'a pas l'inconvénient de salir les dents et le linge.

Je me sers d'une solution au cinquantième, mais on peut la concentrer sans inconvénient jusqu'au vingt-cinquième.

L'acide chromique, qui rend de si grands services dans les périodes avancées de la phthisie, parce qu'il flétrit les végétations, crispe les œdèmes et pare aux accidents graves qui peuvent survenir, trouve rarement son application à cette première période. Il est très-douloureux et provoque quelquefois des vomissements. Néanmoins, il ne m'a jamais donné d'acci-

dents sérieux. Je l'emploie en solution au quart ou au huitième.

Les insufflations laryngées proposées par Trousseau n'ont plus leur raison d'être, maintenant qu'au moyen du laryngoscope nous pouvons atteindre directement les points malades. Quant aux pulvérisations d'eaux minérales, dont la vogue a fait construire tant et de si ingénieux instruments, je les repousse absoment en dehors des stations thermales. Elles sont faites alors d'une façon défectueuse, et, sans améliorer en rien le larynx, elles donnent quelquefois lieu à des coryzas et à des bronchites.

Quant aux révulsifs cutanés, ils ont aussi leur utilité à cette période.

Les onctions avec de la teinture d'iode au-devant du larynx sont employées quelquefois.

Je fais aussi appliquer, dans certains cas, des vésicatoires qui opèrent une réaction énergique, et qui permettent, dans les cas où les symptômes fonctionnels sont très-accentués, de faire absorber de la morphine par la plaie. Il est vrai de dire qu'à ce dernier point de vue les injections sous-cutanées leur sont de beaucoup préférables. L'expérience a montré que les vésicatoires appliqués au-devant du cou sont difficilement supportés; aussi faut-il les placer plus bas, au niveau de la première pièce du sternum.

Outre ce traitement local, on administre à l'inté-

rieur l'eau de goudron, les balsamiques, le tolu, qui exerce une action calmante fort utile.

Traitement de la seconde période. — C'est surtout à cette période que le traitement est le plus efficace. On peut, en effet, réprimer les bourgeons charnus qui gênent l'émission des sons et l'entrée de l'air, modifier les ulcérations, et en provoquer la cicatrisation, même quand elles sont déjà anciennes. On arrive ainsi à refaire vraiment les cordes vocales. Outre l'avantage local de cette cicatrisation, l'expérience a montré que la phthisie pulmonaire était toujours favorablement influencée par l'amélioration des lésions du larynx; et cette amélioration peut avoir quelque persistance. N'existât-elle pas, il ne serait pas indifférent d'obtenir la cicatrisation d'ulcérations qui causent de la dysphagie, et peuvent amener, par l'abondante suppuration qu'elles provoquent, une véritable septicémie. Quand il survient de l'œdème, et une grande gêne de respiration, il faut employer les cautérisations avec le chlorure de zinc, le nitrate d'argent : dans les cas graves, l'acide chromique rend de grands services.

Mais que faire quand il existe depuis longtemps une tuméfaction de l'épiglotte? L'expérience a montré que les scarifications sont inutiles; dans un cas, j'ai pratiqué la cautérisation avec le galvano-cautère, et cette petite opération, qui n'est pas aussi doulou-

reuse qu'on pourrait le croire, a paru améliorer un peu l'état des parties. Mais il ne faut pas oublier, messieurs, qu'il ne s'agit pas là d'œdème aigu, franc, sur lequel nous puissions agir efficacement. En effet, quand l'épiglotte présente ce gonflement énorme qui lui donne l'aspect d'un phimosis ou même d'un paraphimosis, ce n'est pas de la sérosité qui s'infiltre, mais bien une matière grisâtre, compacte, que je considère, bien que l'examen histologique n'en ait point encore été fait, comme une véritable infiltration grise de nature tuberculeuse.

Les gargarismes, et spécialement le gargarisme iodé que j'ai formulé page 110, rendent aussi de réels services; le gargarisme composé de glycérine et de lait calme les douleurs des malades. Quand les douleurs sont très-vives, et la dysphagie très-prononcée, on se trouve très-bien de l'emploi de la glycérine morphinée. On touche les parties malades avec un pinceau trempé dans de la glycérine morphinée :

Glycérine	50 gr.
Chlorhydrate de morphine.. .	1 ou 2 gr.

On peut aussi employer cette solution en gargarisme. Une cuillerée à café dans un verre de lait tiède.

Quant aux pulvérisations et aux insufflations, je vous en ai signalé l'inutilité ou les inconvénients.

La médication révulsive trouve encore, à cette pé-

riode, son indication. Les vésicatoires volants, plusieurs fois répétés, placés à la fourchette sternale et pansés avec un sel de morphine, amènent une amélioration passagère.

Les applications de teinture d'iode sont aussi fort utiles.

A ce propos, messieurs, je vous signalerai un inconvénient de la teinture d'iode depuis longtemps préparée, et contenant de l'acide iodique. Elle produit sur les parties une éruption vésiculo-pustuleuse : pour l'éviter, il suffit de n'employer que de la teinture d'iode fraîche, ou d'ajouter à la solution alcoolique d'iode un peu de bicarbonate de soude.

Le traitement général doit être institué dès le début de l'affection. L'huile de foie de morue dans les phthisies scrofuleuses, l'arsenic, quand c'est une phthisie compliquée d'herpétisme ou d'emphysème pulmonaire, doivent être employés. Dans la tuberculose à marche lente, torpide, les sulfureux trouvent leur indication.

On administre aussi, dans certains cas, l'iodure de fer, qui doit toujours être suspendu quand les malades ont des hémoptysies.

Quant aux changements de résidence des malades, ils sont subordonnés aux mêmes règles que dans la tuberculose pulmonaire isolée. On doit rechercher les climats chauds et tièdes, et, sans m'étendre sur

ce sujet, je vous citerai Cannes, Nice, Menton, Hyères, Amélie-les-Bains, Palerme, Alger, le Caire.

Traitement de la troisième période. — A ce moment, messieurs, nous sommes complétement désarmés, et nous ne disposons plus que de moyens palliatifs contre la douleur et la dysphagie, souvent si graves, qui tourmentent les malades.

La glycérine morphinée portée sur les parties malades au moyen d'un pinceau de blaireau, les injections hypodermiques de morphine en avant du cou, diminuent les douleurs et la dysphagie. Mais c'est là un moyen puissant qui s'use par la continuité de son emploi ; aussi faut-il en user avec ménagement, sous peine de voir au bout de peu de temps ses effets devenir absolument nuls.

La glace, messieurs, est un excellent médicament contre la dysphagie ; les malades en avalent de petits morceaux et son action est habituellement très-efficace.

On doit se préoccuper en outre de prévenir la septicémie, et les gargarismes désinfectants remplissent cette indication.

On emploie le permanganate de potasse cristallisé, à la dose de 0,05 à 0,10 pour un gargarisme de 200 grammes, ou une cuillerée à café de la solution ordinaire dans une même quantité d'eau.

A cette période ultime le traitement général est le même que dans les périodes précédentes; mais les voyages dans le Midi n'ont plus aucune utilité.

Tel est, messieurs, le traitement de la phthisie laryngée. Mais il est un point que nous examinerons en terminant, ce sont les indications de la trachéotomie.

En effet, il peut survenir à toutes les périodes de la maladie, surtout à la seconde et à la troisième, des accès de suffocation causés par le développement d'œdèmes de la glotte, contre lesquels l'acide chromique peut rester impuissant. Dans ces cas, l'indication de la trachéotomie peut se présenter.

La trachéotomie chez l'adulte est beaucoup plus grave que chez l'enfant. Indépendamment de la plus grande profondeur de la trachée, les plexus veineux ont acquis chez les individus atteints de laryngite tuberculeuse un développement considérable, et ils peuvent donner lieu pendant l'opération à une hémorrhagie capable d'entraîner la mort.

Après la trachéotomie les lésions pulmonaires ont habituellement une marche plus rapide.

Quoi qu'il en soit, un malade atteint de phthisie laryngée peut présenter brusquement des accidents dyspnéiques immédiatement mortels, et nous devons nous demander dans quels cas la trachéotomie peut être pratiquée :

1° Quand le malade est menacé d'une mort rapide du fait des seuls accidents laryngés;

2° Quand les régions pulmonaires ne sont pas encore arrivées à leur degré ultime, la trachéotomie est indiquée, et on doit la pratiquer. Dans les cas opposés, elle est inutile, elle expose à perdre le malade pendant l'opération, sans avoir la chance de prolonger de beaucoup sa triste existence. Il est des cas, cependant, où des intérêts de famille nous obligent à pratiquer l'opération pour prolonger de quelques jours la vie du malade. Ce sont là des circonstances spéciales, que je ne fais que vous indiquer, et dont vous comprenez toute l'importance.

Quant à l'opération en elle-même, son danger le plus grave est l'hémorrhagie. Pour l'éviter, M. Verneuil a préconisé le galvano-cautère, mais les résultats n'ont pas répondu à son attente. Outre que l'instrument est difficile à manier, quand on n'en a pas une grande habitude, il ne doit être employé qu'au rouge sombre, et il y a là une difficulté d'interprétation qui peut avoir de fâcheux résultats dans la pratique. Enfin, si l'hémorrhagie primitive manque, les hémorrhagies secondaires sont fréquentes et fort difficiles à arrêter au milieu des tissus carbonisés par le caustique.

Le bistouri boutonné et chauffé au rouge qu'emploie M. Saint-Germain peut être bon chez l'enfant; chez l'adulte, je m'en méfierai.

L'opération doit être pratiquée lentement, couche

par couche, liant les vaisseaux à mesure qu'ils sont coupés, et n'employant jamais le perchlorure de fer qui produit des caillots fort gênants.

Pour faciliter l'ouverture de la trachée et remplacer en même temps le dilatateur, j'emploie un ténaculum cannelé, formé de deux branches qui s'écartent par un mouvement de pédale. Avant d'ouvrir la trachée on la fixe avec ce ténaculum maintenu en haut et présentant sa face convexe en bas. Immédiatement après l'incision de la trachée, on écarte les branches de l'instrument qui devient alors un dilatateur, et il a cet avantage que, placé à la partie supérieure de la plaie, et non à son angle inférieur, comme le dilatateur de Laborde, il permet l'introduction beaucoup plus facile de la canule.

Comme la canule doit être maintenue fort longtemps, on s'est préoccupé d'introduire dans sa construction des modifications qui permettent au malade de parler et même de respirer un peu par la glotte.

Pour arriver à ce résultat, la canule présente une ouverture sur sa convexité; on plaçait autrefois cette ouverture sur le sommet de la courbe décrite par la canule et on n'obtenait pas les résultats cherchés. M. Lüer a fait cette ouverture beaucoup plus bas, et sa canule est excellente.

QUATORZIÈME LEÇON

DE LA TUBERCULOSE MILIAIRE AIGUË PHARYNGO-LARYNGÉE

Sommaire. — La tuberculose miliaire aiguë de la gorge répond à la tuberculose miliaire du poumon. — Lésions anatomiques et aspect. — Symptômes et marche. — Anatomie pathologique et histologie. — Forme clinique spéciale. — Étiologie. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

Messieurs,

A la fin de l'année 1871, lorsque, chargé du remplacement officiel de M. le professeur Bouillaud à l'hôpital de la Charité, il me fut donné d'introduire pour la première fois les études laryngoscopiques dans l'enseignement de la Faculté, je rencontrai, parmi les malades que je recrutais, soit à l'hôpital, soit au Bureau central, pour mes cliniques, une jeune femme présentant une lésion de la gorge fort intéressante, et que je n'avais encore eu aucune occasion d'observer. « Voici, dis-je à ma première inspection, un cas que la grande majorité des médecins n'hésiterait pas à classer parmi les syphilis pharyngo-laryngiennes; pour moi, je crois qu'il s'agit d'une scrofule. » En

effet, occupé à ce moment de mes recherches sur l'*angine scrofuleuse*, je rattachai d'abord ce cas à une scrofule, mais à une forme particulièrement maligne de cette diathèse. Nous ne reproduirons pas cette observation, qui a paru *in extenso* dans le mémoire que nous avons publié à cette époque (*sur l'angine scrofuleuse, Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 2e série, t. VIII, 1871, p. 107 et suivantes, obs. nº IV, — mémoire reproduit dans l'*Union médicale* de 1872, 1er semestre, et dans le *Practitioner* de Londres, 1871). Nous rappellerons seulement que la lésion spéciale de la gorge était caractérisée par la présence sur le voile du palais, la luette, les piliers et la paroi pharyngienne, d'un nombre infini de granulations blanc grisâtre, semblables à des grains de semoule, mais adhérant fortement à la muqueuse, et produisant rapidement des ulcérations douloureuses. Nous signalions l'effet fâcheux produit sur cette malade par le traitement hydrargyrique que nous avions donné pendant quelques jours, à l'instigation d'un de nos collègues, ancien chef de service à l'hôpital Saint-Louis, lequel avait cru reconnaître une lésion syphilitique, tandis que la cessation de ce traitement spécifique et l'usage de médicaments toniques avaient amené une amélioration notable. Nous rapprochions ce fait des scrofulides malignes de la gorge décrites par M. Bazin, en faisant remarquer toutefois que la malade avait succombé en quelques semaines,

non par l'occlusion laryngienne, mais par les progrès d'une phthisie pulmonaire à marche aiguë.

Cette observation, que nous avions prise avec soin, et une aquarelle que nous avions conservée, représentant assez exactement la lésion pharyngienne, nous avaient laissé une impression assez vive pour nous permettre de reconnaître à première vue la même maladie chez un malade que nous reçûmes, à quelques mois de là, à l'hôpital Saint-Antoine. Ce malade fut présenté par nous à la Société médicale des hôpitaux à deux reprises différentes, le 9 août et le 25 octobre 1872, et nous pûmes porter ce pronostic : qu'il succomberait probablement à une phthisie rapide, ce qui eut lieu en effet au bout de quelques semaines. La pièce anatomique présentée à la même Société le 27 décembre de la même année avait été l'objet d'études histologiques de la part de M. Troisier, sous la direction de M. le professeur Vulpian, et grâce à ce précieux concours, nous pûmes annoncer qu'il existait une forme particulière de phthisie laryngée à marche rapide, analogue à la phthisie galopante du poumon, et caractérisée par le dépôt sur la muqueuse pharyngo-laryngée de granulations grises identiques à celles que l'on trouvait dans le poumon, c'est-à-dire à la granulation grise de Laënnec, à la granulie de M. Empis, aux tubercules miliaires des histologistes contemporains. Nous indiquions en même temps d'une manière sommaire les

caractères de cette forme clinique particulière de la phthisie laryngée, et les points importants par lesquels elle différait de la laryngo-phymie vulgaire, laquelle est très-analogue à la phthisie caverneuse.

Cette manière de voir eut la fortune d'être acceptée d'abord par M. le professeur Vulpian, qui se souvint aussitôt d'avoir rencontré plus d'une fois des lésions semblables du pharynx chez des sujets qui étaient morts de phthisie rapide. M. le professeur Béhier voulut bien aussi en faire mention dans les leçons cliniques qu'il consacra à la phthisie laryngée. M. le docteur Koch, mon assistant au service laryngoscopique du Bureau central, rapporta ces observations et développa ces idées dans sa thèse inaugurale (*De l'angine scrofuleuse et de la granulie pharyngo-laryngée*, thèse de Paris, 1873). Enfin, une observation semblable très-intéressante, avec autopsie et examen histologique des granulations, fut présentée à la Société des hôpitaux, les 10 et 24 avril 1874, par notre excellent collègue et ami le docteur Bucquoy (*Union médic.*, 1874, 3e série, t. XVII, p. 930), qui mentionne en même temps un autre malade semblable, dont il n'avait pu prendre l'observation complète. Ce dernier malade avait réclamé impérieusement son *exeat*, et le même incident nous arrivait à nous-même à la même époque, pour un nouveau malade que nous avions reçu à l'hôpital Lariboisière. A l'occasion du malade de M. Bucquoy, MM. Hayem

et Martineau déclarèrent avoir rencontré des lésions semblables (*ibidem*, p. 931, et même journal, t. XVIII, p. 42). Voilà donc en tout huit ou neuf malades signalés comme atteints de cette forme particulière de phthisie laryngée, sur lesquels quatre observations ont été publiées, dont trois avec autopsie, et deux avec examen histologique des granulations. Il est temps, ce nous semble, de recueillir ces éléments épars en une description systématique, qui pourra fournir un nouveau chapitre aux cours de clinique, et aux traités de pathologie qui s'imprimeront à l'avenir.

Nous renoncerons, pour définir la forme morbide nouvelle que nous allons décrire, aux dénominations que nous avions d'abord adoptées dans nos communications à la Société médicale des hôpitaux, de *granulations grises disséminées de la gorge* ou de *granulie pharyngo-laryngée*, parce que ces mots de *granulations* et de *granulie* prêtent à une certaine confusion avec une maladie beaucoup plus simple et très-vulgaire, l'*angine granuleuse* ou *glanduleuse*, qui n'est pour nous que l'acné de la gorge. Nous adopterons donc le nom de *tuberculose miliaire aiguë* pharyngo-laryngienne, qui exprime à la fois sa forme clinique et sa nature anatomique, conformément aux données de l'histologie actuelle.

La tuberculose miliaire aiguë de la gorge répond à

la tuberculose miliaire du poumon, à l'infiltration tuberculeuse grise transparente de Laënnec, à la granulie pulmonaire de M. Empis. Cette assimilation est, comme nous espérons le montrer, justifiée non-seulement par l'analogie de la lésion anatomique, mais aussi par l'analogie de la marche et de l'évolution des deux maladies, marche rapide, promptement mortelle pour la tuberculose miliaire de la gorge comme pour celle du poumon, marche chronique avec grands délabrements organiques pour la phthisie laryngée vulgaire et la phthisie pulmonaire caverneuse, ou caséeuse.

Lésions anatomiques et aspect. — La maladie est caractérisée au début par le dépôt sur la gorge, ou plutôt dans les mailles mêmes de la muqueuse pharyngo-laryngée, d'un semis très-abondant de granulations grises demi-transparentes, analogues pour l'aspect et le volume à des grains de semoule, à des œufs de poisson, ou aux dépôts de fibrine grumeleuse que l'on observe à la surface des intestins dans les cas de péritonite récente, ou, pour ne pas sortir de la gorge, dans les angines pultacées, avec cette différence que ceux-ci sont alors faciles à enlever avec l'abaisse-langue, et laissent apercevoir une muqueuse sous-jacente simplement enflammée, tandis que les granulations que nous décrivons adhèrent fortement à la muqueuse, sont réellement sous-jacentes à l'épi-

thélium, et saignent facilement lorsqu'on les touche. Ces granulations, généralement confluentes, se groupent ordinairement en plaques plus ou moins nombreuses à contours sinueux, à surface chagrinée, ou bien gaufrée et mamelonnée. Quand le groupe n'est pas très-abondant, et que les granulations sont très-superficielles et peuvent s'énucléer facilement, la surface paraît érodée comme par l'effet d'un coup de râpe, et rappelle à s'y méprendre le début des érosions tuberculeuses de la langue, sur lesquelles l'attention des médecins a été appelée depuis plusieurs années par MM. Trélat, Féréol et plusieurs de nos collègues. Cette disposition était très-frappante chez le malade que nous avons observé l'été dernier à Lariboisière, et siégeait sur le bord libre et le pilier antérieur du voile du palais, et nous la retrouvons signalée par M. Martineau (*Union médicale*, 1874, t. XVIII, p. 42), qui la décrit comme une exulcération régulière, ovale, en *coup d'ongle*. Quand la matière tuberculeuse miliaire est plus abondante, alors les plaques sont mamelonnées, saillantes, de couleur grisâtre et présentent une grande analogie d'aspect avec les plaques muqueuses de la syphilis pharyngienne, puisque plusieurs de nos confrères, et notamment un de nos collègues formé à l'école de l'hôpital Saint-Louis, ont pu s'y tromper. Les plaques de tubercules miliaires diffèrent toutefois des plaques syphilitiques que nous observons ordinairement au voile du palais par

l'absence de l'auréole inflammatoire à teinte carminée, et de la nuance opaline, d'un gris bleuâtre très-délicat, qu'offrent les parties blanches de la plaque syphilitique. Les plaques tuberculeuses sont d'un gris sale, plus blafard que les plaques muqueuses; leur face couverte d'éminences mamelonnées, un peu jaunâtres, plus saillantes, plus granulées surtout que les simples gaufrures des plaques muqueuses, et semblant indiquer une prolifération énergique. Le liséré inflammatoire qui les entoure est fort étroit, d'un rouge terne, et se fondant bientôt avec la couleur rose jaunâtre des parties de la muqueuse qui sont restées saines.

Cet aspect de la lésion s'observe surtout sur la face antérieure du voile du palais et sur les piliers antérieurs; c'est là que se produisent surtout les groupes dont l'apparence rappelle celle des plaques muqueuses. Au bord même du voile et des piliers s'observent souvent les érosions superficielles mentionnées ci-dessus, érosions qui peuvent entamer plus ou moins leur contour. Sur la luette, les granulations produisent des bosselures multiples qui donnent à cet appendice l'aspect de ces boules ou de ces massues recouvertes de clous à tête saillante que l'on emploie dans certains jeux. Lorsque le volume des granulations augmente, et qu'au lieu d'être celui d'un grain de semoule ou d'un grain de millet (observ. Bucquoy), il devient celui d'un grain de chènevis, la luette prend

l'apparence d'une stalactite bizarre, pendant isolément de la voûte d'une grotte où suinterait une eau chargée de carbonate calcaire; la base des piliers du voile du palais, et spécialement le pilier postérieur, subissent aussi par le même fait des déformations singulières et ressemblent aussi aux stalactites calcaires qui couvrent les murailles de la grotte à laquelle nous faisons allusion. Les amygdales, la paroi postérieure du pharynx, n'échappent pas à cette lésion envahissante; mais c'est surtout sur les surfaces étendues que celle-ci présente la forme d'une couche grisâtre, mamelonnée, rappelant par son aspect demi-transparent les dépôts plastiques de la péritonite récente. La muqueuse environnante ne présente pas de rougeur inflammatoire ni de gonflement (observ. Bucquoy). On observe quelquefois sur la paroi pharyngienne postérieure un ou plusieurs nodules acuminés, plus volumineux, présentant l'aspect de petits furoncles à maturité, sauf la zone inflammatoire qui est presque nulle à la base. Ces nodules, peu nombreux (cinq ou six seulement) relativement au nombre infini des granulations grises, sont durs au toucher; leur volume varie depuis celui d'un très-petit pois jusqu'à celui d'un grain de maïs (observ. IV de notre mémoire de 1871); lorsqu'on les incise, ils ne laissent presque rien échapper: ils sont probablement constitués par du tubercule à l'état caséeux[1].

[1] M. Bazin a décrit une lésion analogue, comme scrofulide éruptive

L'épiglotte et le larynx lui-même ne semblent envahis par cette lésion qu'à une période plus avancée. Chez notre second malade (hôpital Saint-Antoine), et chez notre troisième malade (hôpital Lariboisière), le larynx était à peine touché au début. La même intégrité du larynx est constatée au laryngoscope dans la première observation de M. Bucquoy, et dans la seconde observation du même auteur on ne note aucun symptôme laryngien, bien qu'il ne soit pas fait mention de l'examen laryngoscopique. Plus tard le larynx se prend ; il présente de la rougeur, du boursouflement (obs. Martineau), et enfin un semis blanchâtre sur l'épiglotte, les éminences aryténoïdes, l'infundibulum laryngien. Ce n'est qu'à l'autopsie qu'on a constaté des ulcérations sur les cordes vocales elles-mêmes (nos deux premières observations, et Ire observation Bucquoy).

A mesure que la maladie fait des progrès, les granulations grises augmentent de nombre et de volume, sans dépasser celui d'un grain de chènevis (sauf pour les nodules caséeux indiqués ci-dessus). En même temps, elles perdent leur transparence, deviennent de plus en plus saignantes et douloureuses, et s'entourent de produits pultacés et purulents. Il est assez facile de

des muqueuses, caractérisée surtout par des granulations, des pustules et des vésico-pustules, dures à la base, ressemblant à de petits furoncles, et arrivant plus lentement à maturité. (*Leçons sur la scrofule*, p. 272.)

déterger ces derniers produits, soit avec un simple pinceau, soit par des attouchements avec la solution de chlorate de potasse, mais les granulations elles-mêmes résistent absolument à ce topique qui vient si bien à bout des angines pultacées. Le travail d'ulcération, en se continuant, semble énucléer un certain nombre de granulations qui laissent après elles une alvéole vide, ou une perte de substance plus ou moins profonde. Toutefois, la mort survient ordinairement avant que de grands délabrements aient pu se produire.

Symptômes et marche. — Les symptômes de cette maladie sont surtout des symptômes de douleurs localisées: un sentiment de cuisson dans la gorge, de la difficulté pour avaler, sont les premières sensations qui portent les malades à faire examiner leur gorge (nos trois observations, et les deux observations de M. Bucquoy: *Union méd.*, avril 1874, p. 932 et 934). La dysphagie va toujours en augmentant à mesure que la prolifération des tubercules miliaires, et surtout leur ramollissement, augmente. Quand la gorge ne présente plus qu'une surface entièrement saignante et suppurante, la dysphagie présente un degré que nous ne lui avons vu atteindre dans aucune autre maladie, même dans les cas de cancer et de phthisie laryngée avec ulcération et œdème de l'épiglotte et des aryténoïdes. Tout aliment solide est rejeté, les aliments liqui-

des eux-mêmes sont la cause de douleurs absolument intolérables. Le malheureux malade se voit condamné à mourir de faim et tombe dans le désespoir.

Pendant ce temps, les symptômes laryngiens sont nuls ou peu accusés : la voix peut rester longtemps intacte ou seulement voilée ou enrouée ; elle prend surtout un timbre nasonné par suite du non-fonctionnement du voile du palais. Aucun accident de suffocation ne s'est produit dans les cinq observations dont nous avons les détails, sauf notre première malade pendant le temps où nous l'avions soumise au traitement hydrargyrique : la cessation de ce traitement permit de faire disparaître les signes d'œdème de la glotte qui commençaient à se produire.

Des ulcérations analogues à celles de la gorge ont été notées sur les lèvres et les gencives (obser. Ire de M. Bucquoy) et sur l'orifice anal (observ. Martineau). La surdité s'est produite dans le cours de la maladie chez notre second malade.

L'altération des poumons, qui marche concurremment avec la lésion de la gorge, doit surtout attirer notre attention. Dans les deux premiers cas typiques qu'il nous a été donné d'observer, les symptômes pulmonaires manquaient au début, bien que les malades présentassent déjà un état fort avancé de la lésion pharyngienne. La jeune femme de notre observation n° IV (mém. de 1871) avait cependant un peu de submatité au sommet droit, avec un peu de respiration rude et

d'expiration prolongée, alors que les granulations pharyngo-laryngées étaient déjà mêlées de produits pultacés et purulents. Notre second malade n'a présenté pendant plus de deux mois aucun symptôme d'auscultation ou de percussion. Il en était de même de notre troisième malade, celui de l'hôpital Lariboisière, qui nous a échappé. Au contraire, dans les deux observations de M. Bucquoy, et dans celle de M. Martineau, les signes de phthisie pulmonaire confirmée ont précédé de plusieurs mois la lésion pharyngo-laryngée, mais aussi la maladie n'a pas été si promptement mortelle que dans nos deux premières observations. Les symptômes thoraciques ont été, dans nos deux cas, ceux des phthisies galopantes : on sait combien ils sont longtemps obscurs et combien ils diffèrent sous le rapport des signes physiques des trois périodes si nettement établies par Laënnec. Longtemps on ne perçut à la percussion qu'un peu de submatité, et à l'auscultation un silence respiratoire suivi de quelques craquements secs très-disséminés, lesquels n'ont fait place que tout à la fin à des gargouillements légers, la fonte purulente n'ayant pas dépassé la production de petites cavernules (nos deux observations, et observ. Ire de M. Bucquoy).

Notons enfin la coïncidence d'antécédents scrofuleux légers chez notre première malade, et d'engorgements glanglionaires cervicaux qui ont suppuré chez notre second malade. La scrofule n'est pas notée dans

les observations de M. Bucquoy, ni dans celle de M. Martineau. Nous ne devons donc considérer les nôtres que comme des coïncidences montrant une fois de plus l'étroite parenté qui unit les deux diathèses, scrofule et tuberculose.

La *marche* de la maladie a été rapide dans les trois cas dont nous avons l'observation complète (deux obs. d'Isambert, Ire obs. de Bucquoy) ; elle l'avait été aussi dans ceux dont M. Vulpian avait conservé le souvenir. Notre première malade avait succombé en deux mois, notre second malade en six mois; le malade de M. Bucquoy a duré plus longtemps; cependant la maladie s'est terminée en un mois à partir du moment où furent constatées les lésions caractéristiques de la gorge.

Ce qu'il faut surtout remarquer, c'est qu'aucun de ces malades n'a péri par suite d'un accident laryngien : il ne s'est produit chez eux ni un œdème de la glotte, ni un de ces rétrécissements du larynx si communs à la suite des nécroses de la phthisie laryngée vulgaire. Les malades sont morts de consomption pulmonaire, à forme galopante dans les cas que nous avons considérés comme typiques, à forme un peu plus lente, mais certainement accélérée à la fin chez le malade n° 1 de M. Bucquoy. L'inanition, résultant de la dysphagie presque absolue, a joué un grand rôle dans la terminaison funeste de nos cas typiques.

Anatomie pathologique et histologie. — Dans les trois autopsies que nous possédons, les poumons ont été trouvés farcis de granulations tuberculeuses miliaires: cette infiltration était absolument générale dans nos deux premières observations; dans l'observation nº I de M. Bucquoy, elle était plus limitée, et abondante surtout autour de foyers caséeux assez considérables. Dans notre première observation, et dans celle de M. Bucquoy, il y avait déjà formation de cavernules assez nombreuses. Dans notre observation IIᵉ, la lésion pulmonaire n'avait pas dépassé la granulation grise.

L'examen histologique des granulations pharyngo-laryngées a pu être fait dans notre observation nº II et dans l'observation nº I de M. Bucquoy.

Dans notre observation, M. Troisier a d'abord examiné à l'état frais les nodosités que présentait la face interne de la muqueuse, et les a trouvées formées par un amas de corpuscules tassés les uns contre les autres, sans matière intercellulaire apparente. Elles offraient pour la plupart une forme hémisphérique ; leur partie centrale était sombre et granuleuse, tandis qu'à la périphérie et à leur point d'implantation sur la muqueuse les éléments qui la constituaient n'avaient subi aucune dégénération. Ces éléments étaient sphériques, de 4 à 6 millièmes de millimètre de diamètre, et formés par une petite masse de protoplasma finement grenu, au centre de laquelle se trou-

vait un noyau de 3 millièmes de millimètre, se colorant facilement par le carmin. Au moment où l'examen a été fait, ces granulations n'étaient pas recouvertes d'épithélium. La pièce ayant été ensuite placée dans l'alcool fut soumise à différentes coupes, comprenant toute l'épaisseur de la paroi du pharynx. Toute cette paroi, jusque dans les interstices des faisceaux musculaires, était infiltrée d'éléments semblables à ceux qui viennent d'être décrits. Cette infiltration était très-marquée dans le chorion de la muqueuse; les faisceaux du tissu conjonctif étaient séparés les uns des autres par des rangées d'éléments plus ou moins rapprochés; en quelques points, ces éléments semblaient former par leur confluence à la surface de la muqueuse une couche sur laquelle devaient végéter les granulations étudiées ci-dessus à l'état frais. Par places, ces éléments formaient de petits amas sphériques ou fusiformes dont les plus volumineux n'avaient pas plus de trois cinquièmes de millimètre de diamètre. Le centre de ces granulations n'a pas paru granuleux; mais en ce point les éléments, tout en étant distincts, étaient plus rapprochés les uns des autres, tandis qu'à la périphérie ils étaient de plus en plus espacés; il en résulte que ces amas étaient réellement en continuité avec l'infiltration diffuse dont il a été parlé. Quelques-uns cependant, mais ceux-ci tout à fait microscopiques, étaient isolés au milieu des faisceaux du derme. En résumé, ces lésions sont certainement celles d'une

infiltration de corpuscules analogues à ceux que l'on trouve dans les tubercules, qu'on considère ces granulations soit à la surface de la muqueuse, soit dans l'épaisseur du chorion. M. le professeur Vulpian, dans le laboratoire duquel ces préparations ont été faites, les a vues et interprétées de la même façon. (Note inédite de M. Troisier.)

Dans l'observation de M. Bucquoy, l'examen histologique a été fait par son interne, M. Hanot, et les pièces ont été vues aussi par M. Grancher, chef du laboratoire histologique de l'amphithéâtre des hôpitaux. A l'état frais, quelques-unes des petites saillies ont été examinées au microscope, après coloration par le carmin : leur tissu est friable et s'écrase avec la plus grande facilité. Les saillies sont constituées par des éléments embryonnaires, les uns intacts, les autres en régression granuleuse, irrégulièrement mélangés. Nulle part, dans les endroits examinés, de granulations typiques avec leur forme sphérique et la disposition réciproque de leurs cellules embryonnaires. Sur des pièces préparées par l'acide picrique, puis par l'alcool absolu, et colorées par le carmin, *cinq seulement sur cinquante coupes ont présenté des granulations tuberculeuses typiques*. Cependant, un peu plus loin, le même histologiste trouve des éléments embryonnaires en *régression granuleuse;* les faisceaux conjonctifs du chorion contiennent beaucoup plus de cellules qu'à l'état normal, cellules plus volu-

mineuses et à noyau segmenté. Les parois des vaisseaux sont entourées de cellules embryonnaires, la plupart vivantes, mais entremêlées de cellules en *régression granuleuse*, disposées en petites masses plus ou moins sphériques qui rappellent assez bien la *granulation tuberculeuse*.

Nous n'avons pas qualité suffisante pour juger les nuances qui peuvent faire varier ces descriptions histologiques; rappelons que nous ne possédons encore que deux autopsies avec examen microscopique, et qu'il s'agit de deux sujets chez lesquels la maladie avait présenté une marche clinique assez différente. Le nôtre avait été atteint d'une phthisie galopante et d'une infiltration tuberculeuse plus générale que le malade de M. Bucquoy.

Quoi qu'il en soit de ces différences, et du plus ou moins grand nombre de cellules typiques qui ont été rencontrées, il n'en est pas moins constant que pour ces deux cas les histologistes distingués qui ont vu les pièces se sont accordés à regarder les granulations de la gorge comme des tubercules miliaires à différents degrés d'évolution. Le fait n'est pas borné à la muqueuse pharyngienne; Rokitanski et Virchow ont depuis longtemps signalé la granulation grise dans le larynx; dans ces derniers temps, on l'a reconnue dans les ulcérations tuberculeuses de la langue, et les érosions tuberculeuses citées récemment par MM. Féréol, Martineau (*Union médic.*, 1874, juillet, p. 69;

ibid., p. 40) et Hillairet (*ibid.*, p. 77), au voisinage des différents orifices naturels (lèvres, anus, prépuce), montrent que la tuberculose des muqueuses et même du tégument externe n'est pas aussi rare qu'on l'avait cru autrefois. Ce qui constitue la particularité de la lésion que nous décrivons, c'est l'extrême confluence des tubercules miliaires de la gorge, confluence qui concorde avec une forme évidemment plus grave et plus rapide de la maladie.

Forme clinique spéciale. — Évidemment il s'agit, dans la forme morbide que nous venons de décrire, d'autre chose que de la phthisie laryngée vulgaire. Celle-ci est en définitive une complication assez longue de la tuberculose pulmonaire, qu'elle aggrave notablement il est vrai, mais, en somme, qu'elle suit assez régulièrement, avec des alternatives de poussées aiguës, tantôt vers le poumon, tantôt vers le larynx. Ici la lésion pharyngo-laryngée, au moins dans nos deux observations typiques, semble dominer la scène dans les premiers temps, et l'affreuse dysphagie qu'elle occasionne paraît frapper le malade encore plus que la désorganisation rapide qui ne tarde pas à se produire dans le poumon. Nous ne croyons pas avoir eu tort en annonçant à la fin de 1873 qu'il y avait là une *nouvelle forme de phthisie laryngée*, qui était à la laryngo-phymie vulgaire ce que la phthisie pulmonaire galopante était à la phthisie caverneuse.

Pour préciser ces différences, nous dirons : que si la phthsie laryngée vulgaire est d'emblée une maladie intra-laryngienne, la tuberculose miliaire aiguë est au contraire une pharyngite qui n'atteint le larynx que secondairement. La laryngo-phthisie vulgaire procède par poussées inflammatoires, par ulcérations profondes, par périchondrites, par nécroses des cartilages laryngiens, comme la pneumo-phthisie par inflammation autour des tubercules crus, fonte purulente de ceux-ci, et formation de cavernes; la tuberculose miliaire pharyngo-laryngée, au contraire, ne présente que fort peu de phénomènes inflammatoires. La granulation grise de la muqueuse se ramollit, se détruit, en formant une petite ulcération périphérique, mais elle n'amène pas les grands ravages que la laryngo-phthisie vulgaire produit dans le larynx. Ce n'est pas par le larynx que périt le malade, ce n'est pas par un œdème ou rétrécissement de la glotte, provoquant des accès de suffocation; il périt avant le temps où ces lésions pourraient se produire, par les progrès de l'infiltration pulmonaire, et en partie aussi par l'inanition à laquelle le condamne la dysphagie extrême qui résulte des ulcérations pharyngiennes.

Tel est le type qui nous est apparu dans nos deux premières observations, type qui n'a rien d'absolu, et qui admettra saus doute, comme nous le concédions à M. Hayem, dans une courte discussion au

sujet du malade de M. Bucquoy (*Union médic.*, 2e série, t. XVII, p. 951), bien des degrés intermédiaires pour le larynx comme pour le poumon, degrés intermédiaires d'où ressortira, selon nous, plus clairement encore l'unité de la diathèse tuberculeuse. Déjà les deux cas de M. Bucquoy et celui de M. Martineau nous montrent des formes moins rapides de la maladie. C'est qu'en effet il n'y a pas de différence essentielle, moins encore pour le larynx que pour le poumon, puisqu'après tout le larynx ne connaît pas le tubercule cru, ou caséeux, mais seulement la granulation miliaire. La *nouvelle forme de phthisie laryngée* que nous signalons n'est donc une forme spéciale qu'au point de vue de sa gravité exceptionnelle et de sa marche particulière; c'est la forme maligne de la tuberculose de la gorge, comme la variole véritablement confluente, ou la variole hémorrhagique, sont les formes malignes de la variole. L'unité de la phthisie subsiste dans notre cas, comme la spécificité de la variole dans les formes auxquelles nous faisons allusion.

Étiologie. — Nous ignorons absolument jusqu'à présent les conditions étiologiques qui peuvent donner naissance à la tuberculose miliaire pharyngolaryngée. Les causes ne paraissent pas différer des causes générales de la phthisie, et l'influence de la constitution individuelle, les conditions de rapport,

de terrain sont probablement celles qui déterminent la forme spéciale. Certains antécédents pathologiques pourraient exercer une action prédisposante. Dans nos deux observations typiques, nous avons noté soit des antécédents de lymphatisme (ophthalmies, gourmes, abcès froids), soit des tumeurs ganglionnaires concomitantes allant jusqu'à la suppuration. Nous avons signalé aussi l'analogie de quelques-unes des lésions avec les faits représentés par M. Bazin comme des scrofulides malignes de la gorge. Nous devons avouer que ces connexions avec la scrofule ne sont pas mentionnées dans les autres observations. Quant à la syphilis, elle n'a figuré dans les antécédents d'aucun des malades qui font le sujet des observations connues.

Diagnostic. — Cette forme morbide a des caractères trop tranchés pour être méconnue par les médecins qui l'auront observée une fois, ou qui auront lu avec attention les descriptions qui précèdent.

La lésion pharyngienne que nous décrivons ne saurait être confondue avec le *muguet :* les concrétions blanches légères de celui-ci n'ont pas le volume ni la consistance des tubercules miliaires, ni surtout leur adhérence intime à la muqueuse, puisque ces derniers sont implantés jusque dans les profondeurs du derme; le siége n'est pas exactement le même, la face dorsale de la langue, toujours envahie par le muguet,

est respectée par la tuberculose miliaire. Enfin, au microscope, le parasite du muguet ne se retrouvera pas dans la tuberculose.

L'angine *pultacée simple* ou *scarlatineuse* ne forme dans la gorge que des dépôts de fibrine grumeleuse et d'épithélium faciles à enlever avec le dos de l'abaisse-langue, ou avec un pinceau imprégné de solution de chlorate de potasse. Le tubercule miliaire résiste absolument à ces moyens détersifs. Nous ne parlons pas des phénomènes fébriles qui accompagnent ces angines aiguës, non plus que du nombreux cortége des symptômes de la scarlatine, qui manqueront naturellement dans la tuberculose de la gorge.

L'*angine syphilitique* et les plaques muqueuses de la gorge, avec laquelle la tuberculose miliaire présente une ressemblance assez frappante au premier abord, s'en distinguent par les caractères que nous avons indiqués ci-dessus, et notamment par l'auréole inflammatoire carminée des plaques syphilitiques, leurs reflets opalins ou irisés, et leur surface beaucoup moins chagrinée ou mamelonnée que celle des plaques tuberculeuses.

La tuberculose se distingue de l'*angine scrofuleuse*, d'abord par sa marche d'avant en arrière (du voile du palais aux parties profondes), tandis que celle-ci va d'arrière en avant de la paroi pharyngée postérieure aux piliers postérieurs, puis au bord du voile du palais. L'aspect des ulcérations n'est pas le même :

elles se distinguent des ulcérations scrofuleuses par l'absence des crachats visqueux adhérant aux surfaces, et des érosions à fond adipeux que ces crachats recouvrent; par l'absence d'adhérence des piliers de la luette, ainsi que des grandes déformations qu'on observe dans la scrofule; par la couleur bien plus pâle des saillies donnant l'aspect mamelonné; enfin par la douleur très-vive, aboutissant à la dysphagie absolue, ce qui est en opposition avec l'indolence remarquable de l'angine scrofuleuse.

Pronostic. — Le pronostic de la tuberculose miliaire est nécessairement fatal, et c'est celui d'une mort à courte échéance, quelques mois au plus.

Traitement. — Cette maladie paraît jusqu'à présent au-dessus des ressources de l'art; son traitement général est le traitement de la phthisie. Les indications locales se bornent à calmer la douleur, à diminuer la dysphagie, à alimenter le malade. Il faut éviter avant tout les mercuriaux, dont nous avons vu les conséquences funestes. Il n'y a guère d'espoir de modifier l'état des surfaces avec quelques topiques, car l'iode, et à plus forte raison les caustiques énergiques (chlorure de zinc, perchlorure de fer, acide chromique) ne pourront être supportés. La lésion est trop profonde, trop interstitielle, pour pouvoir être atteinte, et d'ailleurs, peut-on espérer quelque réac-

tion réparatrice d'un tissu aussi profondément infiltré de matière tuberculeuse? Les caustiques ne feraient que hâter la chute de l'épiderme et la mise à découvert des granulations dont rien ne pourra entraver le travail ulcératif. Aussi les narcotiques, la glycérine fortement morphinée (au 25e, au moins), pourront seuls être employés avec avantage. La glace, avalée en menus morceaux, est peut-être le calmant le plus énergique avec les injections hypodermiques à la région cervicale.

Quant à l'alimentation, elle sera exclusivement liquide : le lait, le bouillon, mêlés de gelées de viandes, sont les seuls aliments que le malade peut ingérer, et bientôt rien ne pourra plus passer. Il restera l'alimentation par le rectum, triste ressource pour prolonger l'existence d'un malade pour lequel la mort peut être envisagée comme la délivrance suprême d'un des états les plus cruels auxquels nous expose notre malheureuse nature.

QUINZIÈME LEÇON

CANCER LARYNGÉ

SOMMAIRE. — C'est une maladie peu connue. — Il est impossible, pour le moment, de faire l'histoire des différents cancers. — Quatre variétés : 1° cancer extrinsèque ou laryngo-pharyngien ; 2° cancer polypiforme intra-laringien; 3° cancer intra-laryngien squirrheux; 4° cancer sous-glottique ou trachéal. — Symptomatologie générale du cancer laryngien. — Marche. — Diagnostic. — Pronostic. — Étiologie. — Traitement.

MESSIEURS,

Le cancer du larynx est une maladie peu connue. Nous n'en voulons pour preuve que la brièveté des passages qui lui sont consacrés dans nos deux dictionnaires en cours de publication. Dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (dictionnaire Dechambre), MM. Krishaber et Peter consacrent à peine une page et demie (p. 769-771, t. I, 2e série) au cancer du larynx, pour en éliminer toutes les tumeurs prenant leur origine dans le pharynx, et pour déclarer très-rare le cancer primitif du larynx : ils divisent

celui-ci en cancer épithélial et médullaire, et déclarent ne pas connaître d'exemples de carcinome squirrheux. L'article beaucoup plus récent que MM. Boeckel ont consacré au larynx dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* (dictionnaire Jaccoud, t. XX) est encore moins explicite à cet égard : quelques lignes seulement sont consacrées à ces tumeurs au milieu de l'histoire des polypes, et la question de diagnostic est à peu près la seule préoccupation des auteurs. Le cancer du larynx n'est cependant pas aussi rare : sans parler des faits déjà plus ou moins anciens de Trousseau (*Traité de la Phthisie laryngée* 1837), de Hilton (1858), de Curling (1861), de Türck (1862), de Decori (1862), de Stœrk (1863), de Bicherton (1865), de Demarquay (1870), de Desormeaux (1870), etc., et d'autres que la littérature médicale pourrait fournir, et où il se trouve bien un certain nombre de cancers du larynx qui ne sont pas dus à l'extension d'un cancer des organes voisins, nous avons dans la thèse de M. Blanc (*du Cancer primitif du larynx*, Paris, 1872, n° 111) un relevé de 17 observations. Nous pouvons enfin citer les cas, assez nombreux depuis deux années, qui ont été l'occasion de la fameuse opération d'extirpation totale du larynx. Nous avons rapporté les exemples les plus récents de cette opération, et nous continuerons à les recueillir pour porter plus tard un jugement sur sa valeur réelle.

Aujourd'hui, toutefois, notre but est différent, et nous voulons seulement parler au point de vue purement clinique des cas de cancer qu'il nous a été donné d'observer dans ces dernières années, nous voulons seulement rapporter l'impression personnelle que nous avons reçue de notre pratique, avant de soumettre tous les cas connus et décrits jusqu'à présent à une analyse comparative qui permettra de tracer ce chapitre de nosologie que personne ne paraît encore avoir écrit *ex professo* d'une manière complète.

Tout d'abord, nous déclarons que nous sommes forcés de conserver l'ancienne dénomination de *cancer* dans son sens clinique vulgaire de *tumeur maligne* envahissant les tissus du larynx et des organes voisins, se substituant à eux par un travail de dégénérescence, et susceptible de récidiver comme tous les cancers des autres organes. Quant à faire l'histoire des différents cancers, selon leurs espèces histologiques, la chose nous semble impossible pour le moment. Si les observations de cancer du larynx sont rares, les observations accompagnées d'un examen histologique suffisamment explicite le sont encore plus, et nous allons en signaler une raison : c'est que les cancéreux ne sont pas comme les tuberculeux ; ils ne se font pas comme ceux-ci illusion sur leur position ; lorsque la crainte de mourir les prend, ils veulent aller mourir chez eux ; c'est ainsi que les malades dont nous avions pu porter le diagnostic, et que nous avons pu observer dans nos

cliniques, se sont toujours dérobés au moment où s'approchait le dénoûment fatal. C'est ainsi que les malades qui suivaient notre clinique externe, ou le dispensaire du Bureau central, disparaissaient un jour, et que nous ignorons ce qu'ils sont devenus. Ceux que nous avions admis dans nos salles d'hôpital en sont toujours arrivés un peu plus tôt, un peu plus tard, à exiger impérieusement leur *exeat*, et nous les avons souvent perdus de vue, sans savoir le plus souvent où ils ont été mourir. Quant aux quelques exemples qu'aurait pu nous fournir la clientèle de la ville, nous savons quelquefois dans quelles circonstances les malades sont morts, mais, sauf dans un cas qui nous est commun avec le docteur Krishaber, il a toujours été impossible d'obtenir l'autopsie.

Il est enfin un autre moyen d'arriver à l'étude histologique de ces productions morbides, c'est de faire, du vivant du malade, l'excision du tout ou d'une partie de la tumeur, et de la soumettre à une investigation microscopique. Cette étude a pu être faite dans un certain nombre de cas, mais ceux-ci sont encore peu nombreux. On y a réussi surtout pour les cancers extrinsèques du larynx et non pour les cancers profonds. Ceux que nous avons pu étudier ainsi appartenaient à une seule variété anatomique, les épithéliomes. C'est aussi la forme qui prédomine de beaucoup (10 cas sur 17) dans les observations relevées dans la thèse de M. E. Blanc. On peut y ajouter quel-

ques cas de *sarcomes*, ou tumeurs d'apparence plus bénigne, qui n'en ont pas moins récidivé dans plusieurs cas, et amené la mort du malade. Dans plusieurs autres cas, la nature de la tumeur est désignée sous le nom de cancer ou de tumeur maligne sans plus de détails.

L'époque est donc encore éloignée où nous pourrons classer les divers cancers du larynx selon leurs espèces anatomo-pathologiques et chercher les variations de symptômes, de marche, de terminaison, ou les indications thérapeutiques spéciales qui pourraient répondre à leurs variétés histologiques. Pour le moment, il faut nous en tenir aux caractères apparents et à l'observation clinique du siége, des symptômes et de la marche que ces cancers ont présentés chez les différents malades.

A ce point de vue, les cancers laryngiens qu'il nous a été donné de diagnostiquer du vivant du malade, et d'observer plus ou moins longtemps, nous paraissent pouvoir être rangés dans les quatre variétés suivantes : 1° cancer extrinsèque ou laryngo-pharyngien ; 2° cancer polypiforme intra-laryngien ; 3° cancer intra-laryngien squirrheux ; 4° cancer sous-glottique ou trachéal.

La première variété, le cancer *extrinsèque*[1], ou

[1] Nous employons ici le mot *extrinsèque* dans le même sens que l'expression anatomique : muscles extrinsèques du larynx. Ce ne sont pas des cancers étrangers au larynx, mais des cancers insérés sur les

laryngo-pharyngien, est le plus commun. Il appartient le plus souvent à la classe des épithéliomes, quelquefois à celle des sarcomes. Il se présente sous la forme de gros champignons, de gros marrons, de grosses mûres, plus ou moins ramollis ou ulcérés, siégeant sur l'épiglotte, sur les éminences aryténoïdes, à l'entrée de l'infundibulum laryngien, et sur la paroi pharyngienne du larynx. Ce dernier siége ne nous paraît pas un motif suffisant pour exclure, comme l'a fait M. Krishaber, ces cancers du nombre des cancers laryngiens. Nous avons vu plusieurs faits où la production morbide nous a paru parfaitement limitée aux parois postérieures du larynx, sans que rien indiquât qu'elle s'étendît au pharynx et encore moins qu'elle fût venue du pharynx envahir le larynx. C'étaient bien des cancers primitifs du larynx, car ils ne coïncidaient avec aucune autre tumeur cancéreuse dans aucun autre point de l'économie. Quant à l'opinion exprimée par notre collaborateur, que le cancer affecterait plus volontiers les muqueuses digestives que les muqueuses respiratoires, de sorte que le cancer de la paroi pharyngienne ou postérieure de l'anneau laryngien appartiendrait plus au tube digestif qu'à la muqueuse respiratoire, elle est plus théorique que pratique : on verra si des statistiques un peu complètes en appor-

parties extérieures de cet organe, et pouvant s'étendre de là sur les organes voisins.

tent la vérification. Nous pouvons déjà dire toutefois qu'un nombre suffisant de faits démontrent que la muqueuse des voies respiratoires n'est pas plus indemne du cancer que les autres tissus de l'économie

Ce cancer n'est pas très-envahissant, pas autant qu'on pourrait le croire du moins à l'aspect des masses volumineuses qui le constituent; nous avons vu des malades porter de gros marrons d'épithélioma, du volume d'une grosse noix, ou plus gros encore, appendus à l'épiglotte, ou implantés sur la région aryténoïdienne, sans que le malade en éprouvât une gêne bien considérable. Ce cancer ne s'étend pas vite vers la glotte, il ne produit pas toujours la suffocation, la voix se conserve assez bien, la dysphagie est variable, selon la position des tumeurs. On peut reconnaître assez souvent son existence par la palpation extérieure, ou mieux par l'introduction du doigt dans la gorge; il se propage quelquefois aux ganglions sous-maxillaires ou cervicaux, mais cette propagation est beaucoup moins fréquente et moins considérable qu'on ne le croirait tout d'abord. Le malade n'accuse pas ordinairement des douleurs bien vives; il ne présente pas de cachexie cancéreuse, de teinte jaune-paille des sclérotiques, et j'ai fort étonné souvent les personnes qui suivaient ma clinique, en leur montrant dans le miroir laryngien ces grosses tumeurs, d'un aspect si répugnant, chez des sujets qui en paraissaient à peine incommodés. Ce sont évidem-

ment celles qui se prêtent le mieux aux opérations chirurgicales, celles que leur position extrinsèque permet d'atteindre le plus facilement, celles dont on doit peut-être craindre un peu moins la récidive à court délai. Elles ne paraissent pas non plus avoir de tendance à se généraliser dans l'économie, et à produire au loin des carcinomes viscéraux.

La seconde variété, que j'ai désignée sous le nom de *cancer polypiforme*, est un cancer primitif intralaryngien. Il débute souvent par de petites masses isolées, très-analogues d'aspect à de simples papillomes, et cependant beaucoup moins pédiculées que ceux-ci : ils siégent ordinairement sur une base d'implantation assez large et se développent indifféremment sur tous les points de l'infundibulum laryngien, particulièrement cependant à l'entrée des ventricules et sur les cordes vocales supérieures. Grâce à leur active pullulation, ils ne tardent guère à envahir d'une part la région aryténoïdienne, et d'autre part la glotte et même la trachée. Cette pullulation paraît dans quelques cas d'autant plus rapide, qu'on pratique de plus fréquentes tentatives d'excision ou d'arrachement, et elle se complique alors d'œdème glottique, ou de processus inflammatoires.

Cette forme morbide, qui appartient aussi en majorité à l'espèce des épithéliomes, présente rapidement des phénomènes d'intolérance laryngienne

beaucoup plus prononcés que dans la variété précédente. L'altération rapide et la perte de la voix, la dyspnée et les accès de suffocation sont bien plus fréquents que dans la variété précédente. Les symptômes extérieurs sont, en revanche, moins marqués, et les signes de cachexie cancéreuse ne sont pas plus évidents que dans la variété précédente. Les cancers de cette variété ont été signalés, décrits et représentés par tous les auteurs qui ont traité des polypes laryngiens, et des erreurs de diagnostic auxquelles ils pouvaient donner lieu. Aussi pouvons-nous nous dispenser d'insister sur ce sujet. Nous nous bornerons à rapporter deux faits qui nous sont personnels, l'un de cancer épithélial polypiforme chez un homme de cinquante à soixante ans, que nous observions à l'hôpital Saint-Antoine, et chez lequel la tumeur laryngienne coïncidait avec un cancroïde du prépuce. Cette tumeur n'amenait pas de troubles considérables; le malade était encore vivant un an après, mais nous ne savons ce qu'il est devenu. Le second cas était beaucoup plus grave, et son observation détaillée, que nous comptons publier bientôt, contient plus d'un enseignement fécond au point de vue de la trachéotomie et de l'excision totale du larynx. Ce malade nous avait été adressé en 1868 à l'hôpital Lariboisière, par un spécialiste de la ville, qui avait diagnostiqué chez lui un papillome laryngien. Ce papillome repullulait avec tant d'intensité à chaque tentative d'avulsion,

que ce confrère n'osait plus continuer le traitement sans que le malade fût trachéotomisé au préalable. C'etait pour cette opération qu'il m'était adressé, car je m'occupais peu de laryngoscopie à cette époque, et je pratiquai la trachéotomie séance tenante. Une hémorrhagie secondaire, qui se produisit un quart d'heure après que la canule était en place, nous causa de grands embarras, et, chose probablement sans exemple dans les fastes de la trachéotomie, le malade, après une syncope prolongée, se réveilla hémiplégique, lui qui était venu à pied à l'hôpital. Au bout de peu de temps, le malade fut rendu à son médecin primitif. Toutefois je continuai à le voir de loin en loin, car il n'avait jamais pu ôter sa canule. Enfin, un peu plus d'un an après l'opération, la canule, bien que très-longue et très-forte, n'empêchait plus le malade d'étouffer, et il rentra dans un service que je dirigeais alors à la Charité. Son haleine exhalait une odeur gangreneuse insupportable, que nous pouvions attribuer à une ulcération de la trachée. Un jour que nous cherchions à lui adapter une autre canule, le malade mourut entre nos mains. L'autopsie nous montra un larynx tombé entièrement en putrilage, et compris dans une énorme *tumeur encéphaloïde*, qui enserrait la trachée ; il descendait presque jusqu'à la bifurcation des bronches.

La troisième forme, que j'appelle *cancer squirrheux intra-laryngien*, est plus rare, et je ne puis même

justifier absolument la dénomination de squirrhe que je lui donne, n'ayant pu, pour les raisons exposées plus haut, faire l'autopsie des malades dans aucun des cinq cas que j'ai observés jusqu'à présent. Ce cancer est intra-laryngien d'emblée, je pourrais dire intra-glottique, car c'est sur les cordes vocales vraies peut-être plus encore que sur les bandes ventriculaires que je l'ai vu se développer. Au début, il serait difficile d'affirmer sa nature. Il apparaît dès l'abord sous forme d'un rétrécissement de la glotte, dont on ne peut pas préciser la nature. Bientôt on distingue une tumeur limitée occupant la corde vocale d'un seul côté du larynx, ou bien à la fois la corde vocale vraie et la bande ventriculaire. La tumeur est grosse d'abord comme un pois chiche, puis comme une noisette, et de bonne heure la corde vocale correspondante présente une ulcération d'un aspect particulier, anfractueuse, comme coupée à pic au niveau de la fente glottique, et d'une couleur lardacée qui forme un mince liséré blanc-jaunâtre contrastant avec la couleur rouge plus ou moins livide de la petite tumeur. La glotte est déformée, rejetée de côté, et dans une direction plus ou moins oblique par la tumeur. Celle-ci est elle-même bosselée, dure au toucher, et d'un rouge sombre, sans présenter d'autres caractères spécifiques. L'autre corde vocale peut se prendre aussi; en tout cas, elle présente au moins les signes d'une inflammation chronique. De très-bonne heure,

dans cette forme, se montrent, avec quelques crachats sanieux, des phénomènes intenses de sifflement laryngien, de dyspnée convulsive, et plus tard de dysphagie, si la production morbide s'étend aux aryténoïdes.

Quelquefois on voit à travers la fente glottique une ou deux tumeurs grisâtres siégeant dans la trachée. Enfin, signe très-important, si la vie du malade se prolonge assez, le larynx en masse semble hypertrophié et induré : le cartilage thyroïde surtout est élargi et présente la forme et la sensation au toucher d'une *carapace de crustacé :* c'est la comparaison la plus exacte que nous puissions faire de cette hypertrophie, qu'on retrouve aussi d'ailleurs dans les autres formes du cancer lorsqu'ils deviennent volumineux, mais qui est d'autant plus significative ici que toutes les parties environnantes sont normales, et non tuméfiées. Dans les cas que nous avons observés, les ganglions cervicaux sont restés intacts. Sauf un peu de pâleur de la face, il n'y avait aucune trace de cachexie cancéreuse, ni de coïncidence avec d'autres cancers viscéraux. Le malade n'accusait pas au début de douleurs vives, mais l'anxiété respiratoire était prononcée de très-bonne heure. Quand la tumeur a eu le temps de s'étendre aux aryténoïdes et de s'ulcérer, il est survenu une dysphagie extrêmement douloureuse. Mais plus ordinairement le malade est mort avant que ce dernier symptôme ait eu le temps de se pro-

duire; mort rapidement la nuit, comme étranglé par le resserrement interne de la glotte. Tels sont du moins les renseignements qui nous ont été transmis par les familles ou les médecins de ces malades, car nous n'avons pu assister à ce dénoûment fatal. En suivant le malade une quinzaine de jours, on ne pouvait plus avoir de doute sur la nature maligne de la tumeur. Quant à la dénomination de squirrhe, elle résulte non pas d'autopsies, que nous n'avons pu faire jusqu'à présent, mais de l'impression que nous avons reçue de l'aspect anfractueux, coupé à pic, de l'ulcération, ainsi que du volume restreint, ratatiné, et de la consistance dure de la tumeur. Cette variété de cancer est celle qui paraît tendre le plus vite à l'occlusion de la glotte, c'est la plus promptement mortelle.

La quatrième forme, que nous appelons *cancer sous-glottique* ou *trachéal*, est caractérisée par des tumeurs siégeant au-dessous de cordes vocales, ou même flottant dans la trachée : nous avons eu un premier exemple de cette variété chez un vieil homme de lettres, appartenant à la presse humoristique. Au-dessous des cordes vocales rouges, bourgeonnantes et ulcérées sur les bords, on apercevait, à une certaine distance au-dessous de la corde droite, une tumeur d'une teinte gris-rosé, grosse comme un pois chiche environ, et qu'il était difficile d'atteindre avec les éponges laryngiennes. Ce malade est resté soumis à

notre observation pendant plus d'un an, soit au dispensaire du Bureau central, soit dans notre service de l'hôpital Lariboisière, où il a fait un assez long séjour à la fin de l'année 1874. Les ulcérations des cordes vocales ne faisaient pas de progrès, et quoique un peu d'inflammation et d'œdème se développât de temps à autre à leur pourtour, et s'accompagnât parfois du dépôt de quelques enduits pultacés, il était facile de faire rentrer tout cela dans un ordre relatif au moyen de quelques cautérisations. La dyspnée et le sifflement laryngien se modifiaient assez vite sous l'influence des divers caustiques, aidés d'un traitement tonique. La voix seule restait détruite, déchirée : une haleine fétide et une expectoration sanieuse témoignaient aussi de la nature de la tumeur. Disons toutefois que l'acide chromique, qui nous donne d'excellents résultats pour crisper les œdèmes de la glotte survenant dans le cours de la tuberculose laryngée, ou de la syphilis laryngée, causait à ce malade une invincible terreur. Il accusait ce topique de lui occasionner des phénomènes spasmodiques violents, et nous avons vu en effet qu'en cherchant à porter ce caustique jusqu'à la tumeur intra-trachéale nous déterminions chez lui une grande anxiété. Le fait était-il dû à l'action spéciale du topique, ou à la sensibilité réflexe propre à la trachée, sur laquelle nous allons revenir, nous ne saurions bien le dire. Toutefois le malade supportait facilement le contact

du chlorure de zinc au 150e, et nous avons vu un autre de nos cancéreux accuser la même différence d'impression à l'égard de ces deux topiques. A la fin de l'année 1874, ce malade exigea son exeat; nous avons appris depuis qu'en mars 1875 il fut conduit à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Frémy, en état d'asphyxie imminente, qu'il y fut trachéotomisé, et qu'il ne tarda pas à y mourir. M. Affre, notre ancien interne, qui l'avait connu à Lariboisière, le reconnut à l'Hôtel-Dieu, mais le malade n'était pas dans sa division, et lorsqu'il mourut, l'interne du service, pour des raisons que nous ignorons, mais qui ne montrent pas chez ce jeune homme un amour bien désintéressé de la science, se refusa à communiquer à son collègue les résultats de l'autopsie.

Un second cas, infiniment plus intéressant, est celui de M. D..., riche industriel, qui fut observé pendant plusieurs mois par M. Krishaber et par nous-même. Au-dessous des cordes vocales, atteintes d'inflammation chronique et légèrement hypertrophiées de manière à rétrécir notablement l'orifice glottique, on apercevait à une assez grande profondeur une tumeur arrondie, grisâtre, que l'un de nous décrivit et dessina un jour à gauche, et que l'autre vit à droite de la glotte. Tous deux pouvaient avoir bien observé, car il s'agissait d'une tumeur flottante. En effet, après que ce malade eut reçu plusieurs mois nos soins à tour de rôle, la dyspnée paraissant s'accroî-

tre, M. Krishaber résolut de tenter de détruire la tumeur par le galvano-cautère et nous convia à cette opération. L'application du galvano-cautère fut faite avec une grande dextérité par notre confrère, et nous vîmes fumer légèrement la tumeur. Le malade accusa d'abord un sentiment de brûlure légère; mais tandis qu'il s'apprêtait à subir un second contact, il se sentit pris tout d'un coup d'une dyspnée intense, avec une anxiété croissante, accompagnée de tels phénomènes réflexes, qu'il fallut sur-le-champ pratiquer une trachéotomie qui fut très-laborieuse. Le malade put revenir à lui, et sembla se rétablir pendant deux ou trois jours. Un nouvel accès de dyspnée subite et foudroyante détermina sa mort, avant que M. Krishaber, appelé en toute hâte, eût eu le temps d'arriver. Notre confrère put, le lendemain, non pas pratiquer l'autopsie complète, mais enlever le larynx et quelques centimètres de la trachée. On reconnut alors que la mort avait été causée par la présence d'une tumeur cancéreuse allongée, flottant librement dans la trachée, comme une sorte de corde irrégulière, et dont il fut impossible d'atteindre le point d'insertion, qui semble avoir été beaucoup plus bas. C'est cette tumeur flottante qui venait de temps à autre montrer sa tête entre les lèvres de la glotte, c'est elle qui, refoulée dans l'opération, était ensuite venue brusquement boucher l'orifice de la canule. La pièce a été présentée en 1874 à la Société de chirur-

gie par M. Krishaber, et nous espérons que notre confrère voudra bien nous donner cette observation *in extenso*. Ce fait présente, entre autres circonstances intéressantes, un exemple de l'extraordinaire sensibilité réflexe que présente l'intérieur de la trachée, contrairement à l'opinion commune, qui place aux cordes vocales le maximum des excitations réflexes. Nous avons souvent l'occasion dans nos cliniques de montrer que ce point maximum siége au contraire à l'entrée de la trachée, au-dessous de la commissure interaryténoïdienne, mais dans un point situé déjà au-dessous de la glotte, point qu'il suffit de toucher avec un instrument quelconque pour déterminer la toux coqueluchoïde et un accès de dyspnée.

Après la description que nous venons de donner de ces différentes variétés du cancer laryngien, de l'aspect divers que ces tumeurs présentent au laryngoscope, et des principaux symptômes accusés par les malades, il nous reste peu de chose à dire pour résumer la symptomatologie générale du cancer laryngien.

Tout d'abord l'existence de cette terrible maladie peut rester longtemps méconnue. Pendant une période très-longue, elle ne s'accompagne pas de douleurs vives. Nous avons vu les énormes tumeurs de la première variété, les épithéliomes extrinsèques, persister pendant un temps fort long sans déterminer

ni dyspnée, ni dysphagie considérable, sans se traduire par des douleurs lancinantes, sans amener de cachexie cancéreuse, ni de retentissement manifeste sur les ganglions cervicaux. Ces malades sont fort étonnés quand on leur dit qu'ils ont une maladie grave de la gorge; souvent ils ne veulent pas nous croire, et quittent par exemple l'hôpital malgré tout ce qu'on peut leur dire du danger auquel ils sont exposés.

Au début, on n'observe donc pendant longtemps qu'une altération plus ou moins grande de la voix (altération qui manque souvent dans le cancer extrinsèque) ou une gêne de la déglutition, qui souvent n'est pas grande ni très-douloureuse. D'assez bonne heure et dans toutes les variétés, à ce qu'il paraît, on voit survenir une expectoration pâle, peu cohérente, et mêlée de matières grisâtres fétides, ou d'une sanie vermeille plus ou moins colorée. La fétidité augmente beaucoup à la fin, et peut prendre une grande analogie avec l'odeur de la gangrène.

Si l'on palpe le cou, on peut trouver quelques ganglions cervicaux indurés, notamment sous l'angle des mâchoires, mais ce signe peut manquer d'une manière absolue jusqu'à la fin pour les cancers intralaryngiens. On note en revanche dans ceux-ci l'hypertrophie en masse du cartilage thyroïde, et la forme en *bouclier* ou *carapace de crustacé*, avec la sensation analogue que le larynx donne au toucher,

Ce signe est très-caractéristique. Il doit faire songer immédiatement à la nécessité de l'examen laryngoscopique, qui révélera la présence de la tumeur. Dans plusieurs cas (cancers extrinsèques, cancers polypiformes ou même cancers squirrheux de l'infundibulum), on pourra joindre à ces renseignements la sensation que fournit le toucher au moyen du doigt introduit dans la gorge et jusque dans l'infundibulum laryngien.

Les phénomènes de dyspnée peuvent manquer longtemps. Ils ne diffèrent pas d'ailleurs de ceux qui résultent des autres obstructions de la glotte, sifflement inspiratoire ou cornage, tirage au creux diaphragmatique, accès de suffocation menaçante : ces symptômes ont leur maximum de danger dans la forme que nous avons appelée squirrheuse.

La dysphagie manque rarement de se produire, au moins dans les derniers temps, sauf dans des cas de squirrhes qui étouffent brusquement le malade, avant que la tumeur ait eu le temps de se propager aux aryténoïdes et de s'ulcérer. La dysphagie très-douloureuse résulte à peu près également des tumeurs ulcérées de l'épiglotte et de celles des éminences aryténoïdes. Cette dysphagie peut atteindre un degré comparable à celle des infiltrations tuberculeuses miliaires, et le malade est exposé à mourir de faim, s'il ne meurt par suffocation. Dans une de nos observations l'inanition a paru menacer l'existence du malade plus que

la dyspnée. C'était pourtant un cancer intra-laryngien à l'origine.

En résumé, tous ces symptômes, sauf peut-être celui du *larynx en carapace*, sont insuffisants pour diagnostiquer le cancer du larynx, si l'on n'y joint l'investigation laryngoscopique, qui montrera les tumeurs dont nous avons décrit ci-dessus les aspects variés.

Quoi qu'il en soit de la prédominance de ces différents symptômes, selon le siége et la variété anatomique du cancer, nous devons insister sur ce fait que la marche de la maladie est beaucoup plus lente qu'on serait tenté de le croire pour une dégénérescence si grave d'un organe si important. Le développement relativement lent et progressif de la lésion permet une *accoutumance* dont l'histoire du cancer dans d'autres régions nous fournit plus d'un exemple. Il n'en est pas ici comme d'un œdème subit de la glotte. L'air sait trouver sa voie à travers ces tumeurs volumineuses ; il semble que la nature ait des ressources inattendues pour résister à l'obstruction des premières voies respiratoires. La mortification et la chute spontanée de quelques parties de la tumeur viennent de temps à autre rétablir la respiration, de même que dans le cancer de l'intestin on voit souvent se rétablir par le même mécanisme la perméabilité des voies digestives. Dans le cancer laryngé, l'absence de généralisation de l'affection, le manque de cachexie

cancéreuse a aussi ce résultat, que le malade conserve longtemps ses forces jusqu'au moment où il sera définitivement étouffé, s'il n'est épuisé par la dysphagie. La terminaison peut donc se faire par asphyxie progressive, par les progrès de l'inanition, mais nous croyons que le phénomène terminal est quelquefois brusque et qu'une sorte de coup de *garrot*, résultat d'un spasme, vient déterminer la mort. Il est certain d'ailleurs que cet étranglement brusque peut se produire à toutes les époques de la maladie, et bien avant que le malade ait été épuisé par les progrès de la cachexie.

Le *diagnostic* peut être très-simple dans les formes largement végétantes de la maladie, il devient fort difficile pour la forme intra-laryngienne squirrheuse. Pour les premières, il suffit d'un coup d'œil jeté sur le miroir pour reconnaître d'emblée la nature de la maladie. On peut cependant confondre longtemps un épithéliome intra-laryngien et polypiforme avec un papillome simple. La promptitude de la repullulation devra cependant nous mettre en garde, et l'on ne devra jamais négliger de faire examiner au microscope les fragments de ces tumeurs suspectes que l'on aura pu enlever avec la pince. Les réponses des micrographes sont loin d'être toujours péremptoires : nous avons cité plus haut le cas d'un vieillard atteint simultanément d'un cancroïde du prépuce et d'un épithéliome polypiforme du larynx. Un fragment de cette

tumeur fut adressé à un de nos micrographes les plus distingués, en même temps qu'un papillome des plus simples que nous venions d'enlever à une jeune fille de quinze ans. La réponse de ce micrographe, qui fait d'ailleurs autorité, fut qu'il s'agissait de deux papillomes presque identiques ; celui du vieillard présentait cependant des *cellules plus jeunes*, et avait peut-être plus de chances de récidive que l'autre. Or, la jeune fille a été complétement guérie par l'avulsion de son papillome, nous l'avons revue plusieurs mois après. Le vieillard a continué à garder sa tumeur repullulante, qui était pour nous un cancroïde analogue à celui du prépuce. Ne négligeons pas cependant de nous entourer des lumières de l'histologie, qui pourra être souvent plus affirmative.

Quant à la forme que nous avons appelé *squirrheuse*, le diagnostic pourra être longtemps incertain. Le rétrécissement simple ou accompagné d'une surface ulcéreuse, que l'on observe au début, ne diffère pas notablement des lésions analogues que l'on observe dans la phthisie laryngée ou dans la syphilis laryngée. Disons toutefois que la tuberculose laryngée s'accompagne ordinairement de phénomènes inflammatoires et d'infiltrations œdémateuses plus marquées et surtout plus rapidement développées que le cancer. La coloration des surfaces est moins foncée, plus rose : l'œdème transparent, analogue au *chémosis* de la conjonctive, est fréquent dans la tuberculose ;

nous ne l'avons pas encore vu dans le cancer, qui est au contraire ratatiné, anfractueux et d'une consistance plus dure. Les surfaces tuberculeuses sont molles au toucher. Les produits de sécrétion, le mucopus qui baigne les ulcérations tuberculeuses est plus lié, plus crémeux et moins fétide que la sanie cancéreuse, qui est grisâtre, ou mêlée d'un sang vermeil, jus de groseille. Les végétations en forme de stalactite qui se produisent dans la phthisie laryngée sont arrondies, et n'ont pas l'aspect déchiqueté et anguleux du squirrhe laryngien. Enfin, et toujours, il faudra qu'un examen attentif de la poitrine démontre l'absence de lésions tuberculeuses : à la période où la phthisie laryngée pourrait être confondue avec le squirrhe laryngien, il y a toujours phthisie pulmonaire du deuxième degré, si ce n'est même du troisième. On a cité, il est vrai, des cas ou le cancer laryngien coïncidait avec une tuberculose pulmonaire, et Trousseau et Belloc en rapportent deux observations dans leur *Traité de la phthisie laryngée*. Mais ce sont là des faits exceptionnels, peut-être discutables avec les progrès accomplis par la science clinique depuis l'année 1838, et qui prouveraieut tout au plus que les deux diathèses ne s'excluent pas. C'est une difficulté qui peut inspirer une réserve sur le diagnostic, mais qui ne détruit pas la règle générale. La faiblesse respiratoire qui accompagne les rétrécissements laryngiens rend souvent difficile, il est vrai, l'auscultation

de la poitrine, mais, avec la percussion, avec des examens répétés il est en général facile d'arriver à reconnaître la phthisie pulmonaire. Le cancer du poumon pourrait être une cause d'erreur, mais on sait qu'il est rare, et détermine plutôt des épanchements pleurétiques que des signes pulmonaires proprement dits.

Quant à la syphilis laryngienne, elle ressemblerait fort à une ulcération cancéreuse, si les ulcérations syphilitiques du larynx étaient telles que certains auteurs les ont décrites encore récemment : des surfaces couleur rouge sombre ou de chair de jambon, avec des ulcères taillés à pic. Nous avons montré souvent dans nos cliniques combien ces descriptions étaient inexactes, comment elles étaient empruntées de toutes pièces à la description des ulcères syphilitiques de la peau. La teinte, la *nuance* de la syphilis pharyngo-laryngienne n'est nullement sombre et couleur de *chair de jambon*, elle est d'un rouge vif et purpurin, d'un rouge *carminé*, d'un rouge *scarlatineux;* quant aux ulcérations *à pic*, cela est encore vrai pour l'isthme du gosier, cela cesse de l'être pour le larynx. Les ulcérations y sont molles, d'un gris jaunâtre, comme celles de la tuberculose, et accompagnées d'un certain degré de tuméfaction ou d'œdème. Les rétrécissements syphilitiques du larynx ne nous ont pas présenté l'aspect anfractueux du squirrhe laryngien ; il nous faudrait de nouvelles observations

pour admettre une analogie complète entre ces deux lésions. Il est d'ailleurs une circonstance capitale pour le diagnostic différentiel, sur laquelle nous insisterons : les rétrécissements de la glotte et les ulcérations profondes du larynx sont des lésions *tertiaires* et *tardives* de la syphilis : nous ne les avons rencontrées jusqu'à présent que dans des syphilis datant de six ans, huit ans, dix ans ou davantage. Les mêmes apparences dans le squirrhe laryngien se montrent dès le début de la maladie. La recherche des commémoratifs, l'examen du malade qui devra être fait *de capite ad calcem* aura montré dans le cas de syphilis des cicatrices de chancre sur les parties génitales, des traces de syphilides cutanées, ou d'ulcérations au voile du palais, des épiglottes érodées comme à l'emporte-pièce, etc., etc., le malade aura dans la plupart des cas conservé le souvenir de ces accidents.

Enfin, il reste une dernière ressource pour le diagnostic, que l'on ne devra jamais manquer d'employer pour éviter des erreurs regrettables, je veux dire celle de l'emploi thérapeutique de l'iodure de potassium, dont le succès rapide indique une origine syphilitique, lors même que le malade persiste à nier tout antécédent de cette nature. J'en citerai un exemple assez remarquable. Un étranger, fort respectable par son âge et son rang, fut pris, il y a quelques années, de dyspnée progressive, avec sifflement

laryngien. Sa poitrine était remarquablement sonore, et sans aucun signe de phthisie pulmonaire. Le larynx présentait un rétrécissement notable, la lumière glottique réduite aux dimensions d'une boutonnière étroite, par des cordes vocales atteintes d'inflammations chroniques et tuméfiées, comme dans les cas qui ont été décrits en Allemagne sous le nom de *chordite inférieure*. Du reste, pas de tumeur, pas d'ulcération appréciable. Un spécialiste de la ville, que je ne nommerai pas, avait diagnostiqué un rétrécissement cancéreux du larynx, et prévenu le malade qu'il eût à se pourvoir d'un chirurgien prêt à pratiquer la trachéotomie au premier moment. Le malade, fort effrayé de cette déclaration, vint me trouver sans me dire tout d'abord le diagnostic et le pronostic qu'on venait de porter sur lui. Je reconnus le rétrécissement, l'absence de phthisie pulmonaire, et je l'interrogeai immédiatement sur les antécédents de syphilis, qu'il nia avec bonhomie, invoquant son âge, et le peu de vergogne que l'on met dans son pays à cacher les affections vénériennes. Cependant, et parce que je savais précisément d'autre source combien la syphilis est commune même dans les classes supérieures de ce pays, situé à l'Orient de l'Europe, je résolus, après une huitaine de jours consacrés sans résultat appréciable aux cautérisations à l'acide chromique, d'employer sans l'en prévenir le traitement de la syphilis viscérale, c'est-à-dire la solution de Gibert.

En huit jours au plus, la dyspnée disparut, le rétrécissement s'agrandit de plus de moitié ; devant ce résultat, j'interrogeai de nouveau le malade, qui finit par trouver dans ses souvenirs un petit accident de jeunesse auquel il n'avait pas attaché d'importance. Huit jours de plus, pendant lesquels la médication iodurée fut combinée avec les onctions d'onguent napolitain, firent justice du prétendu cancer. Depuis plus de trois ans, je revois de temps à autre ce malade qui n'a jamais eu de récidive.

Le *pronostic* du cancer est nécessairement fatal. Rien ne modifie la marche extensive des tumeurs cancéreuses. L'intervention chirurgicale que nous discuterons tout à l'heure ne fait souvent que hâter le danger. Elle n'éloigne en aucun cas le danger presque certain de la récidive qui s'applique à tous les cancers. Quant à l'imminence de la terminaison fatale, nous avons vu plus haut sur quels motifs on pourrait se baser pour la prévoir : les grosses tumeurs extrinsèques peuvent être supportées longtemps, un an, quinze mois, peut-être plusieurs années. Les cancers polypiformes sont plus menaçants, mais ils sont encore tolérés longtemps, si on ne les exaspère pas par des essais intempestifs d'avulsion. Le squirrhe, ou le cancer flottant de la trachée, sont les plus dangereux et les plus promptement mortels : les phénomènes spasmodiques qu'ils déterminent contribuent à la terminaison brusque que l'on observe souvent

dans ces cas. Le médecin devra mettre de bonne heure sa responsabilité à couvert en prévenant, non le malade que son devoir est de tromper, mais la famille ou les amis de celui-ci, de la gravité du pronostic.

Quant à l'*étiologie*, elle reste obscure. Les circonstances banales de refroidissement ou de l'action des irritants directs n'ont aucune importance en dehors de la prédisposition, ou mieux de la *diathèse cancéreuse*, si souvent héréditaire. Cette diathèse peut être invoquée même pour des produits histologiques, qui peuvent différer dans leur aspect et leurs éléments anatomiques, mais qui ont tous cet élément commun de l'envahissement progressif et de la récidive, soit sur place, soit à distance.

Il est seulement une circonstance étiologique que nous mettrons en relief parce qu'elle a de l'importance au point de vue de la pathologie générale. Depuis de longues années, M. Bazin a signalé les cancroïdes et les cancers comme une des terminaisons de la diathèse herpétique. Les cancroïdes de la langue ont été notamment indiqués comme succédant assez souvent au psoriasis lingual. Plusieurs de nos cas de cancer rentreraient aussi dans cette loi. Un malade de Bayonne, dont nous donnerons ultérieurement l'observation, et qui mourut avec le type le mieux prononcé du squirrhe intra-laryngien à marche rapidement suffocante, était atteint depuis sa jeunesse

d'un psoriasis cutané très-étendu. Un de nos malades d'hôpital, porteur d'un épithéliome extrinsèque du larynx, présentait sur les fesses une affection squameuse, disposée en larges cercles, dont la nature fut discutée par plusieurs de nos collègues, experts en dermatologie : l'un voulait y voir une ancienne syphilide, les autres y virent une affection purement herpétique. Le traitement spécifique donné pendant plus d'un mois ne modifia en rien la dermatose pas plus que la tumeur laryngienne, et donna par conséquent raison à ceux qui ne voyaient rien de syphilitique dans ces produits morbides. Un certain comte d'O..., que nous avons soigné un peu avant la guerre de 1870, et qui, parti alors en province, ne tarda pas à succomber à des accidents de suffocation, nous avait présenté aussi les signes d'une ulcération lardacée et déchiquetée des cordes vocales. Il était atteint depuis longtemps d'accidents herpétiques. Quant à l'arthritisme, ou même à la goutte aiguë, nous avons soigné, à la fin de 1874, un monsieur H... (de Saint-Omer), qui succomba rapidement à un squirrhe intra-laryngien, et qui était un ancien goutteux. Dans une saison à Cauterets, où il s'était rendu trois mois au plus avant sa mort, il avait été atteint d'un accès de goutte aiguë des mieux caractérisés qui obligea notre distingué confrère, le docteur Bouvyer, auquel nous l'avions adressé, à suspendre le traitement thermal. Nous donnerons prochainement une observation du

docteur Bailly, relative à un cancer de l'œsophage et du larynx chez un sujet atteint antérieurement de nombreux accès de goutte.

Quant au *traitement*, nous croyons qu'il sera purement palliatif. Le cancer n'a pas encore trouvé, je ne dirai pas son spécifique, mais son traitement curatif. On sait seulement qu'il faut s'abstenir de toute médication débilitante, et tonifier le malade par tous les moyens. C'est pourquoi nous repousserons les émissions sanguines, et même les scarifications locales que nous savons avoir été pratiquées récemment encore par un de nos confrères, spécialiste des maladies du larynx. Le traitement topique pourra donner du soulagement au malade dans une certaine mesure : enrayer les phénomènes d'inflammation ou d'œdème qui se produisent autour de la tumeur, arrêter les hémorrhagies, diminuer la fétidité de l'ichor cancéreux, et enfin calmer les douleurs de la dysphagie, rendre la déglutition possible ; tels sont les résultats que l'on pourra obtenir.

Pour réduire les œdèmes, nous aurons les attouchements avec les styptiques, ou les caustiques légers, le nitrate d'argent, le chlorure de zinc. Ce dernier est bien toléré, il n'attaque que les surfaces dépourvues de leur épithélium. Nous avons dit que l'acide chromique, si utile chez les phthisiques et même les syphilitiques, avait paru déterminer chez deux cancéreux des symptômes pénibles d'excitation réflexe.

Le perchlorure de fer pourra être utile pour les surfaces saignantes. Enfin, les gargarismes, ou les attouchements au permanganate de potasse, sont un moyen facile et exempt d'inconvénient, d'atténuer la fétidité des matières expectorées. La glycérine a une action analogue ; son pouvoir cicatrisant est utile pour les ulcérations douloureuses, et la solution de morphine dans la glycérine, au 1/50, ou même au 1/25, est le calmant le plus efficace dans les cas de dysphagie intolérable ; la glace, en menus morceaux a parfois aussi son utilité dans ce même cas. On attendra ainsi tout doucement la mort du malade.

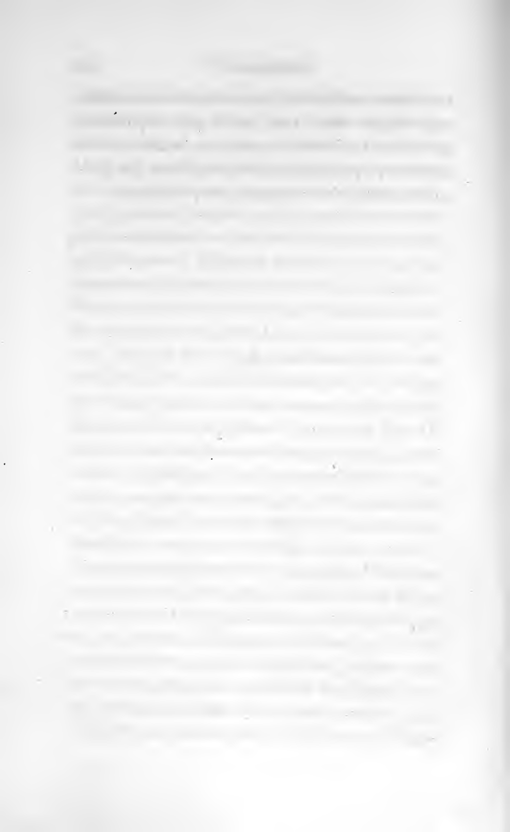
Il nous reste à parler du traitement chirurgical. Nous ne voudrions pas décourager ceux qui ont tenté l'avulsion des tumeurs, soit par des opérations sanglantes, soit par l'écraseur, soit par le galvano-cautère, et nous ne nions pas que des succès partiels et temporaires ne puissent être obtenus pour certaines variétés de cancers extrinsèques, particulièrement pour les sarcomes, qui peuvent être de nature bénigne. Pour les autres, nous ne craignons pas de dire que la récidive est la règle, et que bien des faits semblent montrer que l'intervention chirurgicale, loin de retarder la terminaison fatale, ne fait que l'accélérer. Nous avons vu plus haut que les épithéliomes semblent se prolonger indéfiniment, lorsqu'on n'y oppose qu'un traitement palliatif ; mais nous craignons que ce ne soient des sortes de *noli me tangere* que le trai-

tement chirurgical exaspère. Nous savons notamment que les avulsions de cancers polypiformes ont été suivies d'accidents inflammatoires, ou d'œdème compromettant l'existence. Nous n'avons pas, il est vrai, jusqu'à présent de faits qui nous prouvent que le cancer laryngien, ainsi traqué dans ses retranchements, semble provoquer la repullulation à distance; mais pourquoi n'en serait-il pas de ce cancer, déjà viscéral, comme d'autres cancers purement extérieurs, où ces faits de généralisation ont été signalés? La doctrine des chirurgiens varie à cet égard; dans leur jeunesse, dans leur période militante, ils sont prompts souvent à attaquer le cancer à main armée. Les chirurgiens dont l'âge a mûri l'expérience sont plus réservés à cet égard, et nous avons vu nos maîtres les plus renommés, les Robert, les Laugier, les Nélaton, les Velpeau, en arriver à la fin de leur carrière à ne plus opérer qu'avec répugnance en présence des récidives incessantes qui suivaient les opérations les mieux réussies. Si nous ne pouvons sauver le malade, épargnons-lui les douleurs d'une opération inutile. *Natura medicatrix!* Laissez la nature mettre fin à ses souffrances! disait dernièrement un de nos sages collègues, le docteur Mesnet, dans une consultation où l'on discutait l'opportunité d'une intervention chirurgicale dans un cas du cancer du larynx. Cette résignation à la défaite n'est-elle pas désolante? dira-t-on. Sans doute; mais la perspective

de voir le malade mourir des suites prochaines d'une opération sans avenir, l'est-elle moins? Nous faisons allusion, on le voit, à l'extirpation totale du larynx, que l'on a tentée depuis deux ans avec des apparences de succès. L'instant n'est pas venu de les juger en dernier ressort. Mais qu'on nous permette, dès à présent, une remarque : dans la dernière observation de Langenbeck, que nous avons rapportée dans notre avant-dernier numéro, on a vu ce maître illustre obligé de lier plus de quarante artères, de couper les deux nerfs linguaux, et les deux hypoglosses, de reséquer plus du tiers postérieur de la langue, et de poursuivre les ganglions cervicaux dégénérés, d'enlever les deux glandes sous-maxillaires jusque sous les os maxillaires; le malade s'en est tiré momentanément, c'est bien : eût-il eu la même chance entre des mains moins expérimentées? c'est douteux. Combien de temps a duré ensuite cette misérable existence d'un homme privé de la voix et de la déglutition, c'est ce qu'on ne nous a pas encore dit, et ce que la loyauté du chirurgien de Berlin ne manquera certainement pas de nous faire connaître. Mais supposons qu'au lieu de s'étendre vers les ganglions cervicaux supérieurs, la généralisation cancéreuse se fût étendue en bas le long de la trachée; supposons que l'opérateur eût rencontré cette carapace encéphaloïde revêtant la trachée jusqu'au-dessous de la fourchette sternale que nous avons signalée dans une de nos observations ci-dessus, ou

bien qu'il eût rencontré dans la trachée ce long serpent flottant, qui provenait des profondeurs des voies respiratoires, tel que nous l'avons rapporté d'après l'observation de M. Krishaber et dont rien ne pouvait faire prévoir l'existence, où se serait arrêté notre audacieux opérateur? Aurait-il ouvert la cavité thoracique pour y poursuivre ces chapelets cancéreux dont on ne peut déterminer l'étendue, puisque nous avons vu récemment à Lariboisière un sujet atteint de dégénérescence cancéreuse de toute la partie gauche du médiastin jusqu'à l'origine de l'aorte? et, dans le poumon, jusqu'au delà de la deuxième division des bronches? Tels sont les obstacles que l'on peut et que l'on doit prévoir, et qui nous ont déjà fait dire ailleurs que si cette opération n'a pas encore donné le résultat désastreux d'une mort du patient sous le couteau de l'opérateur, le fait ne pouvait tarder à se produire un jour ou l'autre. La trachéotomie suffit jusqu'à présent à prolonger les jours du malade pour répondre à certaines nécessités morales, dont la déontologie professionnelle est seule juge. Elle assure au malade une prolongation d'existence au moins égale à celle de l'extirpation totale; et bien qu'elle ne soit pas exempte de dangers et de revers, elle est incomparablement moins chanceuse. Sachons nous en contenter, et gardons-nous même de compromettre trop souvent cette admirable opération dans des cas où elle ne peut donner aucun espoir de succès dura-

ble. *Natura medicatrix!* répéterons-nous comme notre sage collègue. Mieux vaut encore notre impuissance qui adoucit les derniers moments du malade, qu'une témérité qui peut le tuer sans autre avenir que quelques semaines d'une existence pire que la mort.



SEIZIÈME LEÇON

POLYPES DU LARYNX

Sommaire. — Classification. — Polypes fibreux. — Polypes muqueux. — Polypes glandulaires. — Polypes papillaires. — Polypes mixtes. — Étiologie. — Symptomatologie. — Marche. — Pronostic. — Diagnostic. — Traitement.

Messieurs,

Les polypes du larynx étaient considérés autrefois comme des raretés pathologiques. La découverte du laryngoscope produisit une réaction un peu trop vive contre l'idée ancienne, et beaucoup de médecins en exagérèrent la fréquence, appelant polypes toutes les végétations développées à la surface de la muqueuse laryngée, et que des études ultérieures et plus approfondies démontrèrent n'être constituées que par des bourgeons charnus développés à la surface d'ulcérations tuberculeuses, syphilitiques ou cancéreuses. Les travaux récents ont démontré que bien que les polypes ne fussent pas exceptionnels, on les rencon-

trait rarement dans le larynx. Les statistiques de M. Krishaber et de M. Koch ont prouvé qu'ils formaient à peu près 2 pour 100 des maladies laryngées observées. C'est là, messieurs, la proportion véritable, celle que l'on trouve dans les dispensaires : peut-être sont-ils plus fréquents dans la clientèle; c'est là un mystère que nous ne nous chargeons pas d'approfondir, tout en déclarant qu'il en est de cette affection comme de toutes les autres, qu'on a souvent l'occasion d'observer par séries.

On pourrait les diviser d'après leur siége, en polypes glottiques développés sur le bord libre ou la face supérieure des cordes vocales, en polypes sus-glottiques, et sous-glottiques, dont le point d'implantation serait tantôt la face inférieure des cordes vocales, tantôt la trachée elle-même, tantôt la face supérieure des cordes vocales. Mais cette classification topographique est insuffisante, et, comme cette affection purement locale n'a pu, jusqu'à présent, être rattachée à aucune diathèse, c'est sur la nature histologique des éléments qui constituent ces tumeurs, qu'on peut seulement fonder une division acceptable.

A ce point de vue on peut les diviser en :

Polypes fibreux.
— papillaires.
— glandulaires
— muqueux.

En outre il est certaines tumeurs qui ne rentrent dans aucun de ces groupes, et que nous sommes forcés d'appeler jusqu'à présent : polypes mixtes.

1° *Polypes fibreux ou fibromes.* — D'après M. Krishaber, cette variété constitue le quart des cas observés.

Variant du volume d'un grain de chènevis à un grain de raisin, mais gros comme une petite groseille le plus souvent ; isolés, quelquefois pédiculés, mais ordinairement sessiles, ces polypes fibreux ont surtout une forme sphéroïdale, un aspect compacte : leur surface grisâtre est ordinairement bosselée, quelquefois, au contraire, tendue comme une vésicule pleine. Leur consistance, qui peut, dans certains cas, être appréciée par la vue, est solide.

C'est surtout sur les cordes vocales inférieures qu'on les voit se développer, et sur les deux tiers antérieurs de ces replis membraneux. Leur bord libre et leur face supérieure sont les points où l'implantation a lieu le plus souvent. Dans certains cas, c'est sur la commissure antérieure qu'ils sont fixés, ou bien sur les parois des ventricules : on les a vus, en un mot, sur toutes les parties du larynx sauf sur les éminences aryténoïdes.

Vous voyez, messieurs, combien est variable le point d'implantation de ces tumeurs, et vous prévoyez

déjà combien seront différents les symptômes auxquels elles donneront lieu.

Quant à leur structure histologique, elles sont constituées de même que tous les fibromes, par du tissu cellulaire dense, des fibres élastiques; on y trouve des cellules allongées et des vaisseaux ordinairement peu nombreux. La surface de la tumeur est constituée par des cellules d'épithélium pavimenteux, disposées par couches concentriques. C'est toujours de l'épithélium pavimenteux qu'on trouve à leur surface aussi bien quand le polype prend naissance sur les cordes vocales inférieures qui en sont normalement revêtues, que lorsqu'il se développe sur des points où la muqueuse présente un épithélium cylindrique. C'est là, messieurs, un exemple de transformation épithéliale, due aux frottements et aux pressions que subissent ces petites tumeurs.

La surface des polypes fibreux est quelquefois ulcérée superficiellement, mais c'est rare.

Quant à leur cause, elle est encore inconnue. C'est là une hypergénèse des éléments conjonctifs de la muqueuse dont l'origine est encore absolument obscure.

Les petites tumeurs sont habituellement facilement reconnues au laryngoscope. Leur forme sphéroïdale, leur couleur pâle, leur opacité, permettent de les distinguer facilement. L'intégrité des parties sur lesquelles elles sont implantées les différencie des pro-

ductions végétantes de la phthisie laryngée ; on observe en effet, tout au plus, autour d'elles, un peu de rougeur catarrhale de la muqueuse; et leur volume, relativement petit, les distingue des végétations d'origine syphilitique.

Néanmoins, dans bien des cas, la certitude ne peut être donnée que par l'avulsion et l'examen histologique de la tumeur.

2° *Polypes muqueux ou myxomes.* — C'est la seconde forme des polypes laryngiens. Une certaine confusion règne encore dans les descriptions qui en ont été données, et je crois qu'on a décrit souvent comme polypes muqueux, certaines variétés de l'angine glanduleuse et réciproquement.

MM. Krishaber et Péter les considèrent comme rares: les faits déjà assez nombreux que j'ai observés ne me permettent pas de partager cette opinion, et je crois qu'elle est due uniquement au petit nombre d'observations publiées. Leur anatomie pathologique est encore à faire : et ceci tient à la bénignité de l'affection, et à l'absence absolue d'autopsie. Quoi qu'il en soit, voici l'apparence sous laquelle ils se présentent :

Ce sont de petites ampoules du volume d'un grain de millet, claires, transparentes, comme une perle d'éther. Elles ressemblent parfaitement à ces petits

kystes que l'on voit se développer à la face interne des lèvres et des joues par suite de l'oblitération des conduits excréteurs de quelques-unes des glandes salivaires disséminées dans l'épaisseur de la muqueuse, et de fait, leur origine paraît la même : je crois, en effet, qu'elles sont dues à la dilatation des culs-de-sac des glandules laryngées par suite de l'oblitération de leurs conduits excréteurs.

On peut distinguer deux degrés dans leur développement. C'est d'abord un nodule transparent qui ne dépasse pas le volume d'un grain de millet, développé le plus souvent sur le bord libre des cordes vocales dont il peut gêner l'affrontement. Comme pour les polypes fibreux, ce sont surtout les deux tiers antérieurs des rubans vocaux qui les supportent, et il existe à leur surface une légère rougeur catarrhale : le plus souvent cependant les cordes vocales sont saines, mais la présence de la tumeur sur leur bord libre produit un degré variable d'aphonie.

Ces petites tumeurs s'ouvrent quelquefois spontanément et ne se reproduisent pas ; d'autres fois elles restent indéfiniment stationnaires. Dans certains cas elles augmentent de volume et c'est alors un second degré de l'affection, ne différant du premier que par le volume plus considérable de la tumeur qui peut être grosse comme une groseille. Dans certains cas le liquide change de couleur, il se fait à l'intérieur de la poche kystique, de petites hémorrhagies capillaires,

qui lui donnent une teinte rougeâtre plus ou moins foncée.

A la suite de ces hémorrhagies on voit quelquefois la tumeur se flétrir spontanément.

Quelquefois solitaires, ces polypes muqueux sont souvent plus ou moins nombreux, et sont implantés sur des parties variables de l'infundibulum laryngien, quelquefois même sur la face postérieure de l'épiglotte. Ils peuvent même se détacher spontanément et être expulsés par des efforts de toux. Schüssler a cité un fait d'expulsion spontanée de plusieurs polypes gros comme des pois.

Renard en a observé quatre, implantés sur les cordes vocales et ayant entraîné l'aphonie.

Türck en a vu deux de la grosseur d'une noisette fixés sur la base de l'épiglotte.

Quelle est la cause de leur développement? Peut-on les rattacher à certaines diathèses? Ce sont là des questions, messieurs, encore insolubles, et sur lesquelles je ne voudrais pas me prononcer, bien que j'aie trouvé chez un de mes malades la diathèse arthritique, et chez un autre un herpétisme bien nettement caractérisé.

Anatomie pathologique. Virchow, qui appelle ces tumeurs des polypes vésiculaires, les compare avec beaucoup de raison aux œufs de Naboth du col utérin. Elles sont constituées par une enveloppe mince de

tissu conjonctif recouverte d'une couche de cellules épithéliales pavimenteuses. Le contenu est formé d'une masse colloïde, épaisse, collant aux doigts, transparente. C'est une substance homogène, vitrée, dans laquelle sont disséminées de rares cellules avec des prolongements multiples et présentant un noyau arrondi et brillant. On trouve quelquefois entre elles des fibres isolées ténues et ondulées.

Quant aux symptômes de ces petites tumeurs, ce sont ceux de tous les polypes laryngés. Leur transparence, qui est leur caractère distinctif, les sépare des fibromes, des végétations de la phthisie laryngée, ou de la syphilis, et ne permet pas de les confondre avec ces diverses affections.

Je vous ai dit que leur durée pouvait être indéfinie, que dans certains cas la guérison pouvait survenir spontanément soit par élimination spontanée, soit à la suite d'hémorrhagies capillaires produites à leur intérieur, et entraînant leur flétrissure. Les attouchements avec les caustiques, l'extirpation, la ponction amènent aussi la guérison spontanée de ces tumeurs.

3° *Polypes glandulaires ou adénomes.* — Ils sont moins fréquents que les polypes fibreux et papillaires. Ils sont constitués par l'hypertrophie des glandes laryngées elles-mêmes. C'est, vous le voyez, messieurs, une lésion analogue à celle qui constitue l'an-

gine glanduleuse, et ces deux affections coïncident fréquemment.

On rencontre ces polypes glandulaires dans certains cas de phthisie laryngée et même dans la syphilis du larynx, mais ce n'est pas dans ces affections complexes que nous devons chercher le type de notre description. En effet, ils constituent le plus souvent une affection isolée, indépendante de toute diathèse.

Sessiles ou pédiculés, ils sont fixés le plus souvent à la base de l'épiglotte, sur les replis aryténo-épliglottiques, et même sur les aryténoïdes. M. Krishaber les compare à des éminences aryténoïdes œdématiées. Leur forme est irrégulièrement sphéroïdale, leur point d'implantation se fait sur une large surface. Leur vascularisation assez développée, leur donne une teinte foncée, rouge ou bleuâtre : dans certains cas, cependant, cette coloration change et passe au gris noirâtre. Leur volume souvent assez grand est sujet à varier dans d'assez grandes proportions ; leur surface, irrégulière, présente une apparence lobée : la tumeur peut s'ulcérer quand elle a acquis un développement assez considérable. Ces ulcérations peuvent se cicatriser (Krishaber d'après Otto).

M. Krishaber les a vus surtout sur les éminences aryténoïdes. Ceux qu'il m'a été donné d'observer n'avaient pas ce siége.

Sous l'influence de l'inflammation catarrhale leur volume augmente beaucoup.

Leur consistance est assez ferme.

L'étude anatomo-pathologique de ces tumeurs a démontré qu'elles étaient constituées par l'hypertrophie des glandules de la muqueuse, entre lesquelles est interposé du tissu conjonctif en plus ou moins grande quantité. Ils acquièrent quelquefois un developpement tel, qu'il constitue alors de véritables polypes mixtes, fibro-muqueux, dont M. Krishaber a signalé l'existence.

Telle est, messieurs, l'anatomie pathologique de ces tumeurs. Quant à leur diagnostic, il se fonde sur leur coloration rouge livide qui les distingue des polypes muqueux et fibreux, sur l'absence de transparence.

Les fibromes, indépendamment de leur teinte plus pâle, sont moins volumineux et leur surface est plus régulière.

Les gommes du larynx n'ont pas, il faut bien le dire, de caractères spéciaux, et c'est seulement sur la coïncidence d'antécédents syphilitiques que l'on pourra établir le diagnostic.

La durée de ces polypes fibreux est indéfinie. Leur chute spontanée est rare. On cite cependant des cas d'ulcération de ces tumeurs suivie de leur détachement de la surface d'implantation; mais ces faits sont très-rares. Indépendamment de cette longue du-

rée, qui aggrave le pronostic, je dois ajouter que les malades qui sont porteurs de tumeurs de cette nature, ont parfois des accès de suffocation qui peuvent acquérir une grande intensité.

4° *Polypes papillaires ou papillomes.* — Cette variété constituerait, selon M. Krishaber, la moitié des cas observés.

On en reconnaît deux formes spéciales :

a. Les uns se présentent sous forme de filaments allongés, dont l'ensemble donne l'apparence d'une gerbe de blé, d'une queue de cheval ou d'une branche de corail.

b. Les autres, sessiles, sont disposés en grappes, ressemblant à des mûres, à des framboises, à des choux-fleurs.

Leur couleur est ordinairement blanchâtre. Dans certains cas une membrane d'enveloppe recouvre les prolongements papillaires qui constituent la tumeur, et il faut la sectionner pour en étudier la structure.

Leur couleur, qui, comme je viens de vous le dire, est blanchâtre, surtout chez les enfants, peut devenir rougeâtre, blanc rosé, ou bleuâtre, ou même plus foncée encore par le fait d'extravasation sanguine effectuée dans leur intérieur.

Rarement isolés, ils se réunissent ordinairement en plus ou moins grand nombre, pour constituer une tumeur disposée en nappe épaisse, présentant à sa surface des prolongements en forme de bourrelet qui oblitèrent plus ou moins complétement la glotte, et forment ainsi une sorte de luette mobile dans l'orifice laryngien.

Czermack, Bruns, cités par Krishaber, ont observé des cas de multiplication dans tout le larynx. C'est surtout sur la partie antérieure des cordes vocales et sur la face supérieure de ces replis, d'après Causit, qu'on les trouve. Dans certains cas, même, ils sont fixés sur la commissure antérieure.

Ils se fixent aussi quelquefois sur les bords des ventricules, ou dans leur cavité, quelquefois sur la face postérieure de l'épiglotte.

Bien que leur siége le plus fréquent soit les cordes vocales inférieures, j'en ai vu de sous-glottiques, ayant la forme d'une besace mobile dont l'extrémité supérieure venait saillir à l'orifice laryngien dans les efforts d'inspiration.

Leur accroissement est quelquefois très-rapide; leur surface, dans ces cas, se sépare en lobules plus ou moins profondément distincts, qui lui donnent l'apparence des végétations vulvaires, leur base s'élargit. Vient-on à les enlever, ou à pratiquer à leur surface une application caustique, on les voit souvent repulluler avec une grande énergie : alors apparaissent

des symptômes graves d'asphyxie avec exacerbations irrégulières et paroxystiques.

D'autres fois, au contraire, le malade supporte parfaitement leur présence; les troubles qui en résultent sont réduits à leur minimum, et peuvent cesser par l'expulsion spontanée de la tumeur. Tantôt la masse entière est rejetée dans des efforts de toux, tantôt cette expulsion est incomplète, et le malade crache des débris friables, d'un volume variable; il semble, ainsi que le pense Causit, que la tumeur se soit ramollie, et qu'elle ait subi une véritable infiltration caséeuse. Les parties de la muqueuse qui avoisinent la tumeur restent saines.

Au point de vue histologique, ces tumeurs ressemblent aux autres papillomes. Au centre se trouve le corps papillaire qui offre ordinairement peu d'épaisseur, et se trouve en relation au point d'implantation sur la muqueuse avec le corps papillaire des papilles voisines. Il est constitué par du tissu conjonctif contenant une ou deux anses vasculaires. Cette partie centrale est recouverte de plusieurs couches stratifiées de cellules pavimenteuses. Ce revêtement épithélial est souvent très-épais.

Ces petites tumeurs résultent en partie de l'hypertrophie des papilles normales, en partie de la formation de papilles nouvelles.

Quant à leurs symptômes, ils sont plus ou moins graves suivant le siége, le volume des tumeurs. Le

pronostic est sérieux par le fait du peu de tendance à la guérison spontanée, et de la récidive assez fréquente.

Vous voyez, messieurs, qu'il y a là un point de ressemblance qui rapproche les polypes papillaires de l'épithélioma. Le diagnostic est souvent fort difficile à établir. L'apparence extérieure est souvent la même, et l'examen histologique ne donne souvent que des renseignements insuffisants. C'est en se basant sur l'âge des cellules et sur leur degré de vitalité que les histologistes peuvent distinguer ces deux productions si différentes à tous les points de vue. C'est sur la résistance à l'avulsion, plus grande dans l'épithélioma que dans les polypes papillaires, qu'on peut se fonder en clinique pour établir un diagnostic différentiel.

On ne peut guère confondre les polypes papillaires avec les polypes muqueux ou fibreux, aussi je n'insiste pas.

Peut-on prendre un polype papillaire pour les stalactites que l'on observe quelquefois dans la phthisie laryngée? Oui, si l'on n'a égard qu'à la tumeur elle-même. Mais dans la phthisie la végétation est entourée d'une muqueuse rouge, suppurante, souvent ulcérée. Le polype repose au contraire sur une muqueuse complétement saine ou ne présentant qu'une légère rougeur catarrhale. Ces symptômes généraux viendront lever tous les doutes qui pourraient persister après

l'examen des parties. La syphilis laryngée sera facilement distinguée d'après les commémoratifs.

5° *Polypes mixtes*.—Cette cinquième classe, admise par M. Krishaber, comprend tous les cas encore nombreux qui ne rentrent dans aucune des divisions précédentes, et dont l'interprétation anatomo-pathologique est plus ou moins obscure.

Étiologie. — Les polypes, envisagés au point de vue de l'étiologie générale, sont plus communs dans l'enfance que dans l'âge adulte.

Sur 46 observations rassemblées par MM. Causit et Dufour dans leurs thèses, on trouve :

Polypes congénitaux. . . .	10/44	= 46
— 1re enfance. . . .	7/44	
— 2e enfance. . . .	26/44	
Age inconnu.	2	

Mais la rareté de ces tumeurs chez l'adulte, établie par les observations antérieures à la vulgarisation de l'examen laryngoscopique, a sans doute été beaucoup exagérée, car on en observe encore assez souvent à cet âge. Il faut attendre, avant de formuler une opinion absolue à cet égard, que des statistiques sérieuses soient venues éclairer la question.

On les rencontre plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes.

Mais que dire de l'influence admise par certains auteurs, des professions, des efforts de voix, des refroidissements, de la pauvreté même, sinon qu'il est préférable d'avouer notre ignorance des causes des polypes, que de la masquer par une étiologie banale.

On a observé dans certaines familles l'hérédité des polypes. Peut-être pourrait-on les rattacher aux diathèses herpétiques ou arthritiques, ou à certaines prédispositions aux productions épithéliales. Quelques observations (Causit, Richomme, Faucillon) viennent à l'appui de cette opinion, mais la question demande pour être élucidée définitivement un plus grand nombre de cas.

Ce que l'on a dit de l'influence de la phthisie, de la syphilis, de la scrofule, doit être absolument laissé de côté aujourd'hui ; cette opinion ne prenant, selon nous, sa source que dans des erreurs de diagnostic. Causit, qui a observé à l'Hôpital des enfants, paraît disposé à admettre l'influence sur la production des polypes laryngés, de différentes maladies, telles que la rougeole, la scarlatine, le croup, la variole, la coqueluche, les angines répétées.

Ce serait la rougeole qui, d'après lui, entrerait le plus souvent en ligne de compte. Messieurs, je crois qu'il n'y a là que de simples coïncidences, très-facilement explicables par ce fait, que savent tous ceux qui ont passé par l'Hôpital des enfants, de la fréquence

des maladies éruptives contractées par les enfants qu'on y amène. On en voit qui épuisent, pendant leur séjour à la rue de Sèvres ou à Sainte-Eugénie, toute la série des fièvres éruptives, et vous admettrez avec moi, que si chez quelques-uns de ceux qui présentent des polypes laryngés, on trouve comme antécédent une fièvre éruptive quelconque, il serait téméraire de vouloir leur attribuer une part dans l'étiologie.

En résumé, messieurs, avouons notre ignorance sur ce sujet, ne nous payons pas d'apparences trompeuses ou de coïncidences fortuites. Un seul moyen peut éclairer la question de l'étiologie des polypes laryngés : c'est une statistique. Il est permis d'espérer que nous pourrons bientôt recueillir sur ce point le fruit des recherches actuelles.

Symptomatologie. — En vous parlant des formes diverses des polypes laryngés, je vous ai dit quelques mots, messieurs, des symptômes, tant physiques que fonctionnels, propres à chacune d'elles. J'ai assez insisté sur les caractères physiques de chacune d'elles pour ne pas avoir besoin d'y revenir. Je n'aurais pu, sans m'exposer à de fastidieuses répétitions, faire à ce moment la symptomatologie des tumeurs qui nous occupent, car elle présente des caractères généraux communs qui ne permettent pas de la scinder. C'est cette description générale des

symptômes que je vais aborder maintenant devant vous.

Les symptômes d'affections laryngées graves manquent presque constamment. La gêne de la respiration existe dans certains cas, mais elle n'est jamais bien vive, et on n'observe de suffocation que dans les cas où il existe des polypes papillaires, et encore, même dans cette forme, ne sont-ils pas constants. Le cornage, qui se produit si facilement dans les moindres rétrécissements de la trachée, est ici tout à fait exceptionnel.

Les troubles de la voix sont constants. On les observe à tous les degrés, depuis la raucité légère, constante ou passagère, jusqu'à l'aphonie complète. Le plus souvent c'est un enrouement de longue durée, et qui ne se modifie que lorsque l'on est parvenu à enlever le polype.

La toux, ordinairement peu fréquente, se montre dans certains cas convulsive, survenant par quintes très-fatigantes. Ces variétés dans ce symptôme important paraissent tenir au point d'implantation de la tumeur. L'expérience a montré que ce sont surtout les polypes fixés près de la commissure interaryténoïdienne ou ceux longuement pédiculés et pouvant venir se mettre en contact avec elle, qui donnent lieu à cette toux réflexe.

Outre cette toux, on observe un autre phénomène de la même origine réflexe, c'est une expuition fré-

quente, sans caractère, sauf le cas où elle contient des fragments plus ou moins considérables de polypes.

La déglutition n'est troublée que lorsqu'il existe une tumeur volumineuse à l'entrée du larynx.

Le malade éprouve constamment les sensations d'un corps étranger : ces sensations, souvent trompeuses, peuvent tromper le médecin, qui, après une extirpation complète, pourrait croire qu'il existe encore des tumeurs. Quant aux signes physiques, ils sont surtout fournis par l'examen laryngoscopique, et je vous en ai déjà parlé avec détail à propos de chacune des formes. Il en est quelques autres de moindre importance, dont je dois cependant vous entretenir.

On a parlé d'un bruit de drapeau, de soupape, perceptible par l'auscultation du larynx, et dû au soulèvement et à l'abaissement alternatif de la tumeur par le courant d'air laryngien. Il ne peut exister, vous le comprenez, que dans le cas de tumeur nettement pédiculée, et encore n'est-il pas constant. Ce signe, auquel on attachait une assez grande importance autrefois, n'en a plus aucune, maintenant que nous pouvons examiner directement le larynx.

L'exploration digitale peut fournir, surtout chez les enfants indociles, des renseignements précieux; encore faut-il être habitué à cet examen, car les émi-

nences aryténoïdes peuvent être facilement confondues par le toucher avec une végétation.

Enfin, dans certains cas, lorsque le polype est volumineux, on trouve par l'auscultation du poumon le murmure respiratoire affaibli, et masqué même dans certains cas par la transmission d'un bruit de ronflement dont le siége est dans la glotte.

Bien que peu intenses, le plus souvent les troubles respiratoires peuvent acquérir quelquefois un développement considérable. Ils sont constitués par des spasmes dont la cause réside, soit dans un gonflement inflammatoire passager qui augmente le rétrécissement, soit dans une frayeur éprouvée par le malade. Ces spasmes peuvent devenir assez violents pour constituer un danger de mort inévitable, mais le plus souvent ils ne persistent pas longtemps, et dans leur intervalle la respiration n'est pas plus gênée. C'est surtout la nuit qu'on les voit survenir : ceci les rapproche des spasmes qui constituent la laryngite striduleuse, et prouve qu'ils sont attribuables aux mêmes causes. En outre, on peut admettre que dans certains mouvements faits pendant le sommeil, la tumeur déplacée peut venir soit obturer en partie l'orifice glottique, soit provoquer par un contact avec la commissure postérieure des contractures spasmodiques réflexes.

Marche, durée. — Quoi qu'il en soit, la marche

est essentiellement lente; et sauf les polypes muqueux qui guérissent quelquefois spontanément par l'évacuation au dehors de leur contenu, et les papillomes qui peuvent s'éliminer spontanément (M. Krishaber en a rassemblé 6 cas), la durée est indéfinie si la médecine n'intervient pas. Les symptômes sont quelquefois intermittents; mais c'est rare.

Pronostic. — En somme, le pronostic est sérieux pour certaines variétés (le papillome surtout). Il est plus ou moins grave, alors que la profession des malades qui en sont atteints exige un usage plus ou moins fréquent de la parole.

Diagnostic. — On ne peut arriver au diagnostic des polypes que par l'examen laryngoscopique, et on est amené à le pratiquer par l'existence chez les malades d'une dyspnée légère, avec troubles plus ou moins marqués de la voix, sans la coïncidence d'un autre état morbide pulmonaire ou cardiaque.

Je ne veux pas revenir sur le diagnostic des différentes variétés de polypes d'avec la syphilis et le cancer laryngés, ainsi qu'avec la tuberculose. J'ai traité plus haut tous ces poiuts avec les détails qu'ils comportent. Il est cependant une variété de cancer de la trachée qui peut donner lieu à des erreurs qu'il est fort difficile d'éviter; c'est le cancer flottant, dont l'extrémité supérieure chassée en haut dans l'expira-

tion, vient faire saillie entre les cordes vocales, et peut être pris pour un polype sous-glottique à pédicule assez long. Ces cas sont heureusement fort rares, et le diagnostic est le plus souvent impossible à établir.

Traitement. — On peut faire disparaître les polypes laryngés, soit en pratiquant des cautérisations à leur surface, avec le chlorure de zinc, le nitrate d'argent ou le galvano-cautère; soit en les extirpant par les voies naturelles, ou bien en pénétrant par la laryngotomie jusqu'à leur point d'implantation; soit en pratiquant à leur surface des incisions ou de petites ponctions. Cette médication fort simple peut être tentée pour les polypes muqueux, et il n'y a que dans ces cas qu'on puisse espérer la voir réussir.

La cautérisation avec le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, ou des caustiques plus forts, comme l'acide chromique, peut également produire de bons résultats, surtout quand il ne s'agit que de petits polypes muqueux.

Cette médication est à peu près sans action sur les autres variétés de polypes.

Somme toute, messieurs, les polypes muqueux exceptés, c'est à l'extirpation qu'il faut avoir recours dans tous les cas.

On arrive ainsi à enlever complétement et avec rapidité la tumeur : mais il faut savoir que c'est une

méthode qui demande de la part du médecin une grande habitude des manœuvres laryngoscopiques, et de la part du malade une docilité, une patience, et par-dessus tout une éducation laryngienne qui ne s'acquiert quelquefois qu'au bout d'un assez long temps. C'est assez dire, messieurs, qu'il ne faudra pas espérer enlever du premier coup les polypes que vous pourrez rencontrer dans le cours de votre pratique.

L'extraction se fait avec des pinces spéciales dont je vous ai présenté plusieurs modèles, dus à M. Cusco, à M. Panas, à M. Mackensie. Cette dernière est celle que je préfère ; elle est courbée à angle droit, et on peut avec elle saisir avec force la tumeur.

Mais l'extirpation n'est pas dans tous les cas applicable. Quand il y a eu déjà quelques troubles respiratoires, on doit craindre qu'elle ne provoque l'apparition de spasmes laryngés fort graves, et dans ces cas il faut se tenir prêt à pratiquer la laryngotomie immédiate.

Quand les troubles respiratoires ont été ou sont encore très-accentués, il ne faut même pas songer à pratiquer l'extirpation ; c'est à la laryngotomie qu'il faut avoir recours.

La trachéotomie ne donne que des résultats palliatifs ; la laryngotomie, au contraire, permet d'arriver directement sur le polype et de le détruire sur place.

C'est à elle qu'il faut avoir d'emblée recours, messieurs, lorsque votre malade présente des accidents de suffocation très-graves, ou lorsque la masse du polype a acquis un développement considérable ; car vous admettez sans peine que, dans ces conditions, les tentatives d'extirpation par les voies naturelles, sans produire aucun résultat sérieux, ne pourraient que provoquer de nouveaux accidents, ou augmenter ceux qui existent déjà.

Cette opération se pratique de diverses façons.

La section complète du larynx pratiquée autrefois, est repoussée aujourd'hui par tout le monde.

La section complète du thyroïde a amené l'aphonie ; aussi la proscrit-on énergiquement ; mais cette conséquence grave tient peut-être à la négligence de quelques précautions indispensables.

On a beaucoup blâmé la section du cricoïde, et avec juste raison, sauf chez les enfants, où elle ne donne pas lieu aux inconvénients qui lui ont été reprochés.

Il faut donc autant que possible éviter la section des cartilages, et alors il ne reste plus pour pénétrer dans le larynx que deux voies : l'incision de la membrane circo-thyroïdienne, l'incision de la membrane thyro-hyoïdienne.

La première opération, si elle était toujours possible, serait évidemment celle que l'on devrait préférer. Mais l'espace dans lequel on peut manœuvrer est très-

restreint; cependant deux observations, dues à M. Krishaber et à M. Guyon, montrent que cette méthode peut être couronnée de succès.

La laryngotomie sus-thyroïdienne est l'opération généralement préférée. On arrive ainsi directement sur l'orifice laryngien, et on peut facilement y porter les instruments nécessaires.

DE L'HERPÉTISME

ET DE

L'ARTHRITISME DE LA GORGE

ET DES PREMIÈRES VOIES

Un grand nombre de médecins reconnaissent aujourd'hui volontiers qu'il existe un rapport entre les maladies chroniques des muqueuses des premières voies et les états diathésiques généraux connus sous le nom d'herpétisme et d'arthritisme. Toutefois, si l'idée est assez généralement acceptée, on est étonné de voir le peu de place qu'elle occupe encore dans la littérature médicale. Les traités classiques de pathologie sont muets à cet égard. Dans les deux grands dictionnaires en cours de publication, les articles *larynx* et *laryngites* omettent complétement les influences diathésiques dont nous parlons. Dans les articles *angines*, quelques lignes seulement sont con-

sacrées par M. Peter (*Dictionnaire encyclopédique*), et par M. Desnos (*Dictionnaire* Jaccoud), à l'angine goutteuse, et la notion d'angine herpétique est réservée à l'histoire de l'angine glanduleuse ou folliculeuse. Garrod lui-même, parmi toutes les manifestations viscérales de la goutte, ne mentionne pas les premières voies. Trousseau, qui s'est tant occupé des angines et des laryngites, oublie l'influence de la goutte ou de la dartre sur la gorge et le larynx. M. Bazin, qui a si bien étudié les maladies de la peau à cet égard, ne donne aucune description de l'herpétisme ou de l'arthritisme de la gorge : il ne mentionne que la langue. En somme, en dehors des médecins de l'école de Montpellier, restés toujours fidèles à la notion des diathèses ; en dehors de l'école de l'hôpital Saint-Louis, qui a fait, dans ces dernières années surtout, d'intéressantes recherches sur la muqueuse de la langue et de la bouche ; en dehors des médecins de nos stations thermales, voués par leur position à l'étude des maladies chroniques, on trouve peu d'auteurs qui aient fait mention du sujet qui nous occupe; on en trouve encore moins qui aient apporté des faits précis à l'appui d'une notion qui reste, chez la plupart, à l'état de conception générale, un peu vague, attendant sa confirmation. Plusieurs ont noté la coïncidence de lésions cutanées et d'affections chroniques des muqueuses : aucun n'a indiqué les caractères objectifs permettant de reconnaître ces manifestations

diathésiques des muqueuses et d'en établir le diagnostic. M. Gueneau de Mussy est le seul qui, dans son *Traité de l'angine glanduleuse* et dans sa *Clinique médicale*, ait étudié les lésions de la gorge à ce point de vue, mais il s'est borné à une lésion unique. M. Lasègue (*Traité des angines*, p. 285, 288 et 338) a bien admis la réalité des angines goutteuses et herpétiques, mais il a renoncé à en donner les caractères objectifs.

Il serait intéressant de rechercher, au point de vue historique, tous les auteurs qui ont mentionné l'influence des diathèses herpétique et arthritique sur les premières voies, d'analyser et de condenser tous les faits qui ont été apportés à l'appui. Mais ce travail, que nous espérons réaliser un jour, demanderait un temps et un espace dont nous ne pouvons disposer dans cette revue, et nous devons nous borner aujourd'hui à mentionner très-sommairement, au passage, les derniers travaux publiés à ce sujet. Notre but, dans le présent article, est de faire connaître dès à présent les impressions personnelles que nous avons recueillies dans les études d'après nature auxquelles nous nous livrons depuis plusieurs années, soit au dispensaire laryngoscopique de l'Assistance publique, soit dans notre service hospitalier, soit dans notre pratique de la ville.

Le sujet est difficile : bon nombre de médecins, pour ne parler que de notre pays, répugnent encore

à l'idée même des diathèses. Ceux-là, nous avons peu d'espoir de les convaincre. D'autres ne repoussent pas l'idée générale, mais ils ont peu d'occasions d'observer la gorge et surtout le larynx, ou bien ils observent sur un théâtre spécial, qui leur fait envisager exclusivement certaines catégories de faits, et repousser ceux qu'ils n'ont pas vus. Nous en avons eu la preuve quand nous avons publié nos recherches sur les angines scrofuleuses. Il s'agissait pourtant alors de lésions très-visibles, observables au simple abaisse-langue, et qui ne semblaient guère prêter à discussion. Après quelques résistances, nous avons eu pourtant le bonheur de voir nos observations confirmées peu à peu par plusieurs de nos confrères qui les avaient d'abord contestées. Or il s'agit aujourd'hui de caractères bien plus délicats, quelquefois de simples nuances où il faut apporter l'œil d'un coloriste, et que l'on trouvera sans doute bien incertains et bien vagues. Cependant ces caractères si fugitifs trouvent de jour en jour, dans nos observations, une confirmation pratique qui nous fait espérer que nous ne sommes pas le jouet d'une illusion. Nous donnerons donc nos idées pour ce qu'elles valent, prêt à réformer, dans une étude si délicate et qui ne fait que de naître, tout ce que l'expérience ne confirmerait pas par la suite.

Le titre même de cet article, l'*herpétisme* et l'*arthritisme*, montre combien nous nous sentons embar-

rassé, dès le début, de déterminer les caractères objectifs de ces deux diathèses dans les muqueuses des premières voies. Il nous a été impossible, en effet, de consacrer à chacune d'elles un chapitre séparé. Mais comment s'en étonner? Pour les dermatologistes eux-mêmes, qui poursuivent cette étude depuis bien des années, et au grand jour, à la surface de la peau, la séparation de ces diathèses est encore pleine de doutes. Les uns nient presque complétement les arthritides cutanées, tandis que M. Bazin et ses élèves en multiplient le nombre au point d'absorber en elles la majeure partie des dartres étudiées par nos devanciers. Qu'on nous permette donc de réunir provisoirement ces deux diathèses dans la recherche des faits et des caractères que nous allons exposer. Admettons, comme les dermatologistes, des lésions morbides élémentaires, comme l'eczéma, le psoriasis; cherchons leurs analogues dans les muqueuses des premières voies, et nous verrons ensuite si nous pouvons spécifier à laquelle des deux diathèses il faut rattacher chacune de ces formes morbides[1].

Toutefois, si nous sommes persuadé que l'idée de

[1] M. N. Gueneau de Mussy a été obligé de faire une pétition de principe de cette nature dans ses leçons sur l'*herpétisme utérin* (*Clinique médicale*, t. II, p. 260 et p. 316). Il donne *provisoirement* le nom d'herpétisme à toutes les coïncidences de maladies utérines et de dermatoses, tout en déclarant que l'arthritisme en réclamera la majeure partie, et que l'herpétisme n'est probablement qu'une forme dérivée ou dégénérée de l'arthritisme.

rechercher dans la gorge les analogues des dermatoses est une idée féconde pour éclairer l'histoire des angines, nous croyons également qu'il est très-dangereux de trop systématiser cette donnée première, et de vouloir, coûte que coûte, retrouver sur les muqueuses internes les mêmes manifestations anatomo-pathologiques, ou seulement morphologiques, que sur le tégument externe. L'étude de la syphilis, notamment, nous a montré combien était illusoire la prétention de retrouver dans le larynx les analogues de toutes les syphilides cutanées.

Pour procéder avec prudence dans une recherche où tout à peu près est à faire, il faut, au début, se baser surtout sur les coïncidences que l'on peut observer entre les maladies cutanées et celles des muqueuses. Nous pouvons dire sans crainte que ces coïncidences existent, qu'elles ont été observées avant nous par beaucoup de médecins : il importe seulement de préciser quelles sont ces coïncidences, qui sont loin d'appartenir à toutes les dermatoses.

En première ligne nous citerons l'*eczéma*. Les malades atteints d'eczéma du tronc, des membres, ou des parties génitales, sont sujets à des laryngites rebelles, caractérisées par la toux quinteuse, la fatigue rapide de la voix, si le malade se livre à l'exercice du chant ou de la parole, et l'enrouement habituel plutôt que l'aphonie véritable. Ces phénomènes laryngiens peuvent, sans doute, se produire avec la derma-

tose, mais il nous a semblé que, plus fréquemment, ils *alternaient avec les poussées cutanées*. Le fait a été surtout évident chez un avoué de province, qui m'avait été adressé par mon collègue le docteur Dumontpallier, et qui présentait des périodes de laryngites, alternant tantôt avec des poussées d'eczéma sur les jambes et sur le tronc, tantôt avec de l'albuminurie et un léger degré d'anasarque.

Le *pityriasis capitis*, maladie souvent fugace, mais souvent aussi très-invétérée, nous a fourni un nombre considérable de coïncidences laryngiennes. Une des malades qui nous a le plus frappé à cet égard, et dont la chevelure semblait véritablement poudrée, comme à la mode du siècle dernier, présentait en même temps une desquamation analogue sur le mont de Vénus et autour de la vulve. Elle était atteinte également de prurit vulvaire et de métrorrhagies assez fréquentes. Ce fait ayant attiré notre attention, nous reconnûmes que bon nombre de femmes, atteintes de prurit vulvaire incommode, étaient en même temps atteintes de pityriasis capitis, souvent de laryngite chronique; souvent, en retournant le problème, il nous est arrivé de questionner à ce sujet des femmes qui venaient nous consulter pour leur larynx, et d'en obtenir l'aveu qu'elles souffraient de prurit vulvaire, d'écoulements légers, et dans quelques cas même de vaginisme très-pénible. Ces symptômes étaient liés quelquefois à de la vaginite granu-

leuse, ou à des ulcérations superficielles du col utérin. Le prurit vulvaire nous a paru s'accompagner parfois d'un aspect particulier de la face interne des petites lèvres : aspect chagriné très-fin, avec une nuance gris opalin qui nous a guidé pour l'appréciation de la muqueuse pharyngée, comme nous le verrons plus loin. Souvent les surfaces muqueuses sont recouvertes d'un suintement séro-muqueux, légèrement opalin, et que l'on retrouve aussi dans le vagin et sur le col utérin.

M. N. Gueneau de Mussy (*Clinique médicale*, t. II, p. 309 et suiv.) a traité avec une grande autorité du prurit vulvaire, et fait ressortir la connexion de cette maladie fâcheuse avec l'arthritisme. En décrivant l'aspect des parties, il indique bien l'état chagriné de la muqueuse vulvaire, mais en même temps des lésions beaucoup plus prononcées, le développement variqueux et œdémateux des nymphes, leur hypertrophie, l'allongement du prépuce clitoridien, etc. Nous avons noté nous-même ces caractères chez certaines femmes, mais ce n'est pas chez celles-là que nous avons noté les coïncidences laryngées. En général, et ceci s'applique aux dermatoses comme à la maladie qui nous occupe en ce moment, c'est dans les cas de moyenne intensité, ou dans les cas même les plus légers, que nous avons observé les laryngites rebelles. Peut-être n'est-ce là qu'une coïncidence fortuite, sur laquelle nous serons obligé de revenir plus tard ; mais

peut-être aussi ce fait ne serait-il qu'une application de cette *alternance* que nous avons signalée plus haut, et par laquelle une lésion cutanée grave agirait à la manière d'un révulsif qui, pendant toute sa durée, supprimerait la manifestation pharyngo-laryngée. C'est peut-être la cause du petit nombre des maladies laryngées qui ont été signalées par les dermatologistes observant sur le vaste théâtre de l'hôpital Saint-Louis.

L'*acné simplex* coïncide avec les angines pharyngo-laryngées. Mais il faudrait spécifier à quelle espèce d'acné répond cette coïncidence. Cette étude est encore à faire.

L'*impetigo* ne nous a pas jusqu'à présent fourni de laryngites. Dans un cas récemment observé par nous, nous avons cherché vainement une manifestation pharyngo-laryngée quelconque chez une jeune fille couverte de croûtes épaisses d'impetigo.

Le *prurigo* ne nous a rien fourni pour le larynx. Cette maladie, dans sa forme parasitaire au moins, ne devait en effet rien nous fournir.

Nous ne savons rien du rupia ni de l'ecthyma.

Un malade que nous avons vu tout récemment avec le professeur Hardy, et qui était atteint d'un *lichen* des mains et de gravelle urique, souffrait en même temps d'une laryngite chronique légère, et d'un léger degré d'aphonie. Cette coïncidence a été

notée par M. Gueneau de Mussy pour l'angine glanduleuse.

Le *pemphigus* a fourni à M. Lasègue une observation d'angine pemphigoïde caractérisée par des plaques blanchâtres de moins de 1 centimètre de diamètre sur les piliers et la muqueuse du pharynx. Le même malade souffrait de spasmes violents de l'œsophage (*Traité des angines*, p. 139, 140). Nous ne connaissons pas de fait analogue pour le larynx.

Le *psoriasis* a fourni également des manifestations laryngées dans ses différentes variétes : psoriasis herpétique, et psoriasis arthritique. Nous n'ajoutons pas la forme syphilitique, parce que la laryngite ne serait alors que la syphilis laryngée déjà reconnue depuis longtemps. D'excellentes études ont été faites sur le psoriasis lingual par M. Bazin et les médecins de l'hôpital Saint-Louis ; dans ces derniers temps, notre collègue, le docteur Mauriac, a publié un mémoire étendu sur ce sujet, et M. le docteur Debove l'a pris pour sujet de sa thèse inaugurale. M. Lasègue dit avoir rencontré quelquefois le psoriasis pharyngien, mais il ne pourrait en donner des observations, parce que dans ces cas il était possible d'attribuer le psoriasis à une infection syphilitique (ouv. cité, p. 141).

Enfin, tout récemment, nous avons constaté une pharyngo-laryngite chronique chez un jeune homme atteint d'*herpès récidivant* des parties génitales. On

sait que cette maladie est pour M. Bazin en connexion avec l'arthritisme. Quant à l'herpès labialis ou præputialis ordinaire, il se rapproche beaucoup plus des fièvres éruptives que des diathèses. Tout le monde connaît l'angine à laquelle il donne lieu, mais nous ne connaissons encore aucun fait d'herpès proprement dit dans le larynx. Nous pourrions en dire autant de l'*urticaire*. M. Lasègue a rapporté (ouv. cité, p. 134-138) deux observations d'urticaires pharyngiennes, mais nous ne connaissons pas de faits analogues pour le larynx.

Telles sont les maladies cutanées où nous avons noté des coïncidences avec des pharyngo-laryngites plus ou moins rebelles. On voit qu'elles ne constituent qu'une faible proportion dans le nombre considérable des dermatoses étudiées par les médecins; nous sommes loin de prétendre que ce soient les seules maladies de la peau qui puissent se répercuter sur les muqueuses internes; nous sommes même tout disposé à croire le contraire. Mais ce serait aux médecins de l'hôpital Saint-Louis à nous apporter des faits; nous sommes réduit pour notre part à signaler ceux que nous avons rencontrés dans un service hospitalier, qui, n'ayant rien de spécial à cet égard, ne nous présente des dermatoses que comme exception. Remarquons de plus que si les maladies que nous venons de citer ne sont pas nombreuses, elles sont en revanche des plus communes et atteignent un nom-

bre considérable d'individus. Ce sont celles qui rentrent dans la dartre proprement dite (herpétisme) ou dans l'arthritisme. Les grandes catégories comprises sous le nom de maladies parasitaires ou artificielles, ne semblent pas avoir de retentissement sur les muqueuses des premières voies. Les parasites cutanés ne paraissent pas pénétrer jusqu'à la gorge, et les corps irritants auxquels certaines professions exposent le tégument externe ne nous ont pas encore fourni des faits relatifs au pharynx ou au larynx. Il faut attendre pour cela les enseignements qu'une expérience ultérieure pourra nous apporter. Quant aux scrofulides et aux syphilides, qui occupent une si large place parmi les dermatoses, elles ne rentrent pas dans le sujet de cet article. Nous avons, dans un autre recueil (*Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1871-1872), étudié la scrofule d ela gorge, et la syphilis pharyngo-laryngienne est en ce moment même dans nos *Annales* l'objet d'un travail de nos collaborateurs, auquel nous aurons sans doute à ajouter prochainement le résultat de nos propres observations.

Nous venons donc d'indiquer les principales manifestations cutanées de l'herpétisme et de l'arthritisme, qui coïncident ou qui alternent avec des angines pharyngées ou laryngées. Quels sont maintenant les caractères de ces pharyngo-laryngites ?

Ordinairement les symptômes ne diffèrent pas de ceux des pharyngo-laryngites catarrhales chroniques, et présentent seulement une durée plus grande, et surtout une tendance incessante aux récidives. L'inspection des parties affectées nous offre-t-elle des caractères objectifs ?

Tout d'abord nous devons avouer que les muqueuses du pharynx et du larynx ne nous offrent pas de caractères répondant à chacun des éléments morbides, pytiriasis, eczéma, psoriasis, etc., que nous venons d'énumérer, et que nous ne trouvons jusqu'à présent que des caractères communs à ces différents éléments.

Pour le larynx, le miroir nous révèle un état de laryngite catarrhale, qui n'a rien de bien caractéristique, si on l'envisage seul. Nous y trouvons toutefois la confirmation d'une loi que nous avons cru pouvoir établir ailleurs (*Conférences cliniques sur les maladies du larynx*, dans le journal *le Progrès médical*, 1875), à savoir : que si les laryngites simples produisent une rougeur générale et uniforme de la muqueuse laryngée, les laryngites diathésiques donnent lieu au contraire à des *rougeurs partielles et disséminées*. Dans les diathèses qui nous occupent ici, on trouve en effet sur les cordes vocales une rougeur catarrhale partielle, répondant le plus souvent à la forme de *stries transversales* ou perpendiculaires au grand diamètre des cordes vocales, ou des rougeurs

en *coups de pinceau* sur les parties des cordes vocales les plus rapprochées des commissures laryngiennes antérieure et postérieure. Cette rougeur s'accompagne d'un aspect dépoli des surfaces, d'éraillures superficielles, plutôt que d'ulcérations véritables. Ces rougeurs partielles se retrouvent sur la muqueuse des cordes vocales supérieures et de tout l'infundibulum laryngien, avec un aspect plus ou moins chagriné dû à l'inflammation des petites glandules de cette membrane. Quant à la commissure postérieure ou interaryténoïdienne, elle présente souvent un *aspect velvétique* très-marqué. On sait que le nom d'aspect velvétique a été donné à une prolifération épithéliale exagérée, par laquelle la surface de la muqueuse semble couverte de papilles allongées semblables à des brins de *velours d'Utrecht*. Cet aspect a été considéré comme propre au premier degré de la phthisie laryngée, et l'on en tirait un pronostic assez grave. Nous avons eu l'occasion de voir plus d'une fois ces pronostics démentis par des malades qui revenaient à la santé et ne présentaient aucun développement de tubercules. Nous avons par contre rencontré l'aspect velvétique à son maximum chez des malades atteints d'eczéma cutané, notamment chez l'avoué dont nous parlions ci-dessus. Aujourd'hui l'aspect velvétique proprement dit, l'aspect de *brins de velours d'Utrecht*, nous paraît plutôt propre aux herpétiques qu'aux phthisiques : chez ceux-ci, la

prolifération épithéliale est moins fine, et les saillies ressemblent plus à de petites verrues, qu'à de simples papilles filiformes.

En somme, et sauf l'aspect velvétique, les lésions laryngées de l'herpétisme sont très-semblables à celles de la laryngite catarrhale chronique, mais plus partielles.

Dans le pharynx, il nous sera également difficile de trouver des caractères objectifs tranchés, et tant qu'on a cherché seulement dans cette région, on est resté dans l'incertitude. Les auteurs qui ont eu la volonté de rechercher l'arthritisme pharyngien n'ont noté que la rougeur chronique et de l'angine glanduleuse. Celle-ci est incontestable, mais le volume et la forme des glandules sont très-variables, et il est fort difficile d'attribuer des caractères particuliers à l'angine glanduleuse arthritique ou herpétique, d'autant plus que cette muqueuse est directement affectée par des causes banales et hygiéniques, telles que l'habitude du tabac ou l'usage des alcooliques, ou enfin par le cumul possible des diathèses. Il faut rechercher pour l'étudier des sujets exempts de ces habitudes anti-hygiéniques, et exempts de toute complication scrofuleuse, syphilitique ou tuberculeuse. Or, dans quelques-uns de ces cas très-simples, voici ce qui paraît caractériser l'herpétisme pharyngien : la muqueuse rétropharyngienne présente une coloration générale d'un rose tendre, un peu pâle, mais de

nuance assez animée (un peu carminée) et mêlée d'un *reflet opalin* général. Cette nuance nous a frappé un jour par l'analogie frappante qu'elle présentait avec la teinte opaline des petites lèvres d'une jeune femme atteinte de prurit vulvaire. C'est par cette voie indirecte que nous l'avons saisie, mais nous l'avons retrouvée depuis chez un grand nombre de malades des deux sexes. C'est sans doute cette coloration que veut indiquer M. Gigot-Suard (*de l'Uricémie*, p. 210, Paris, 1875) lorsqu'il parle d'une coloration pâle avec teinte ardoisée, qu'il aurait rencontrée dans plusieurs cas d'arthritisme.

Sur ce fond général rose opalin se détachent un certain nombre de glandules peu volumineuses, mais d'un rouge vif, carminé, et entourées d'un réseau vasculaire très-fin et d'une nuance également assez vive.

Cet aspect simple, que nous avons cru d'abord le type de la pharyngite herpétique, mais qui appartient pour une part au moins égale à l'arthritisme, est altéré, dans le plus grand nombre de cas, par les complications auxquelles nous faisions allusion plus haut ; ainsi l'alcoolisme rendra les lacis vasculaires plus saillants, plus volumineux, et déterminera un état variqueux de ces vaisseaux, en même temps qu'un volume plus grand des glandules. L'habitude de fumer exaspérera l'inflammation des glandules, leur donnera un volume énorme ; c'est peut-

être le mélange de l'arthritisme et du tabac qui produit l'angine glanduleuse la plus prononcée, la plus grossière si je peux employer cette expression.

On comprend que les caractères que nous venons d'indiquer pour le larynx et le pharynx n'auraient pas par eux-mêmes une valeur suffisante pour nous conduire à un diagnostic direct de l'herpétisme. Leur réunion, leur ensemble, peut déjà nous en apprendre un peu plus; la localisation première de la région affectée nous paraît encore plus décisive. En étudiant la scrofule, la syphilis, la tuberculose, nous avons déjà remarqué que chacune de ces diathèses avait son point de départ à peu près constant : la syphilis marque ses premières manifestations à la paroi antérieure du voile du palais, la scrofule à la paroi postérieure du pharynx, la phthisie laryngée dans le larynx et en particulier à la commissure interaryténoïdienne. Avons-nous pour l'herpéto-arthritisme un point de départ analogue sur lequel nous devons tout d'abord fixer notre attention ? Nous répondrons sans hésiter : oui, c'est *la langue*.

La langue nous présente en effet des aspects variés répondant aux diathèses herpétique et arthritique, et parmi lesquels nous établirons plusieurs variétés ou degrés que nous nommerons : le *pityriasis lingual*, *l'eczéma*, *le psoriasis* qui lui-même se divise en deux formes, la forme plate et sèche, et la forme mamelonnée ou nummulaire.

Nous *proposons* de nommer *pityriasis lingual*, un aspect de la face dorsale de la langue caractérisé par une coloration jaune ocreuse, ou café au lait, et un aspect villeux, ou gazonneux qui la fait ressembler à un gazon assez touffu dont les brins auraient été souillés par une eau trouble. Cette surface est de plus légèrement fendillée, principalement sur les bords de la langue. Cet aspect résulte évidemment d'une élongation des papilles et des villosités de la langue. Dans quelques variétés, cette élongation des villosités n'est pas uniforme : des surfaces très-touffues alternent avec d'autres ou le gazon semble presque ras, de manière à former des figures irrégulières comme des cartes géographiques ; M. Bergeron a observé cet aspect chez plusieurs enfants et les a signalés à la Société médicale des hôpitaux (*Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, p. 104) ; nous-même l'avons constaté pendant quelques années chez un jeune garçon qui vit dans notre entourage ; c'est aussi cet état que nous voyons signalé sous le nom de *langue en parterre*, dans la thèse de M. Debove. Quand cette forme est très-prononcée, elle touche de bien près au psoriasis lingual.

Le nom de pityriasis lingual, que nous n'avons pas été le premier à prononcer, a déjà été contesté, parce que, dit-on, il n'y a aucune ressemblance entre la desquamation furfuracée de la peau qui constitue le pityriasis, et l'état gazonneux de la muqueuse lin-

guale. La ressemblance n'est pas en effet dans l'aspect des surfaces, mais dans l'analogie du fait morbide. Qu'est-ce que le pityriasis? une prolifération exubérante de cellules épidermiques, et une desquamation de celles-ci donnant naissance à des écailles sèches, furfuracées et plates, parce que les cellules pavimenteuses de l'épiderme cutané sont plates et sèches. Mais sur la langue l'épiderme n'a plus la même forme; il s'allonge en sorte de cornets, ou de brins effilés sur les papilles filiformes; il ne peut donner naissance à une desquamation formée de cellules plates, et ces cellules ne peuvent avoir l'apparence d'écailles sèches comme celle du son, puisque la surface est constamment lubrifiée. Mais en définitive, c'est le même processus, prolifération exubérante des cellules les plus superficielles, se produisant sur une autre surface. Ajoutons, et cette raison ne manque pas d'une certaine valeur, que nous avons vu dans un bon nombre de cas, ce pityriasis lingual (réduit à la signification que nous venons de lui donner) coïncider avec le *pityriasis capitis* et le pityriasis vulvaire. Nous reviendrons un peu plus loin, à propos du diagnostic, sur la distinction qu'il importe de faire entre cet état de la langue, et les états très-analogues que l'on rencontre dans l'embarras gastrique, ou chez les personnes adonnées à l'usage du tabac.

Le nom d'*eczéma lingual* ne nous appartient pas, il est usité dans l'école de M. Bazin, sans que toute-

fois le maître l'ait décrit explicitement dans ses ouvrages. Nous l'appliquons sur la foi de plusieurs de nos confrères, anciens internes distingués de l'éminent dermatologiste, qui ne nous en ont pas donné d'ailleurs une caractéristique bien nette. Pour nous, l'eczéma lingual serait marqué par un aspect gazonneux beaucoup plus prononcé et d'une couleur plus forcée que dans ce que nous nommons le pityriasis lingual. Les houppes épithéliales sont beaucoup plus longues; le gazon lingual est beaucoup plus touffu, et il semble que ce n'est plus une eau trouble ou savonneuse qui ait passé sur ce gazon, mais un liquide bourbeux et épais, qui l'ait imprégné d'un vrai limon: quelquefois la coloration est d'un brun foncé, ou présente même une teinte noirâtre, enfin la langue est souvent creusée de sillons profonds, comme une couche sablonneuse qui aurait été *ravinée* par une pluie abondante. Ces ravines sont prononcées surtout au sillon médian de la langue, et sur le bord de cet organe.

Le nom d'eczéma appliqué à cette modalité de la muqueuse linguale me semble plus contestable que celui de pityriasis[1]; car rien ici ne montre un travail

[1] On voit pourtant au musée de l'hôpital Saint-Louis une pièce moulée provenant du service de M. Hillairet, d'une lésion de la langue coïncidant avec un eczéma de la joue, et qui présente sur les bords de l'organe un grand nombre de granulations transparentes assez analogues à des vésicules. Un des médecins de cet hôpital m'a dit que cette lésion est très-rare. Un autre a vu des vésicules au voile du palais.

analogue à celui des vésicules qui constituent le premier degré de l'eczéma cutané; il faut supposer que ce premier stade a passé inaperçu, et comparer l'état de la langue à la période de desquamation de l'eczéma, qui amène en effet une exfoliation plus abondante, le fendillement et même la dénudation partielle des surfaces. A ce dernier point de vue, nous rattacherions vo lontiers à l'eczéma de la langue, une lésion que M. Debove mentionne dans sa thèse, sans trop savoir où la placer : ce sont des *plaques nues*, de forme ovalaire, où l'épithélium semble manquer; toutefois cette dénudation n'est pas si complète que dans la scarlatine, ou tout au moins la surface ainsi dépouillée ne présente pas l'aspect rouge vif et luisant des langues scarlatineuses; les plaques nues dont nous parlons ici ont à peu près la même teinte rose pâle que la langue normale, mais cette teinte tranche déjà sur la couleur ocreuse des parties dont l'épithélium est devenu gazonneux.

Nous avons observé l'eczéma lingual, tel que nous venons de le décrire, chez des sujets qui avaient été atteints d'eczéma cutané, mais cette relation est loin de nous avoir paru constante; c'est plutôt à un état général d'herpétisme ou d'arthritisme qu'à une dermatose particulière qu'il faudra sans doute la rapporter.

Le *psoriasis lingual* est plus connu; M. Bazin l'a décrit et en a donné des observations. Nous trouvons

aussi sur ce sujet des renseignements nombreux dans le mémoire de M. Mauriac et dans l'excellente thèse inaugurale de M. Debove. Nous pouvons donc aller plus vite dans notre description. Nous connaissons deux variétés de psoriasis lingual, la forme plate et sèche et la forme mamelonnée ou nummulaire.

Dans la *forme plate* et sèche, la langue semble dépouillée de son épithélium, luisante et blanche comme si elle avait été touchée avec un crayon de nitrate d'argent. L'analogie d'aspect est frappante. Nous avons vu cette coloration sur la totalité de la face dorsale de la langue chez trois malades qu'il nous a été donné d'observer. D'autres fois, cet aspect ne s'observe que sur les bords de la langue; il est alors assez semblable aux *plaques laiteuses des fumeurs*, et aux plaques irisées de la syphilis, dont nous aurons à les distinguer. — En même temps que cette coloration blanchâtre, on observe une certaine induration de la muqueuse, une sorte de dermite scléreuse, qui donne à la langue une consistance parcheminée, comme si elle était recouverte d'une sorte de carapace.

Dans la *forme mamelonnée*, ou *forme nummulaire* de M. Bazin, le dos de la langue présente un certain nombre de grosses saillies, rouges au sommet, et d'un rose opalin sur leur circonférence, tantôt isolées, tantôt réunies par plaques irrégulièrement disposées. Ces saillies formées par de véritables végétations papil-

laires ont une grande ressemblance avec les papilles caliciformes du V lingual, dont elles diffèrent par un volume infiniment plus considérable, par une coloration plus animée, et surtout parce qu'elles siégent en dehors du lieu d'élection où on les observe à l'état normal : tantôt on voit plusieurs de ces plaques nummulaires groupées en avant du V lingual; tantôt on en trouve une seule, isolée et de forme ovalaire allongée le long de la scissure médiane de la langue; on trouve même quelques plaques plus rapprochées encore de la pointe et des bords de l'organe, mais elles sont alors plus petites. On observe souvent dans ce cas sur les bords de la langue, à sa face latérale et inférieure, la coïncidence de plaques laiteuses semblables à ce que nous avons décrit dans la forme plate et sèche du psoriasis lingual.

Dans l'une et l'autre forme, mais surtout dans la forme mamelonnée, on voit encore la langue *ravinée*, creusée par des sillons profonds, au fond desquels la muqueuse apparaît d'un rouge vif et comme ulcérée, et qui partagent cet organe en un grand nombre de lobules. Ces dépressions forment parfois des excavations anfractueuses, qui font penser au cancroïde. En effet, les auteurs qui se sont occupés de ce sujet, ont noté le cancroïde de la langue comme la terminaison possible et funeste du psoriasis.

Ainsi, il existe sur la langue trois ou quatre manifestations principales de l'herpétisme ou de l'arthri-

tisme : l'une, celle que nous appelons le pityriasis, répondant à des maladies cutanées très-légères ou lointaines ; l'autre, le psoriasis, répondant à une imprégnation plus profonde de l'économie par la diathèse ; ce qu'on a appelé l'eczéma lingual leur sert de transition. Comme ces lésions de la langue nous apparaissent au premier coup d'œil dès que nous faisons ouvrir la bouche au malade et comme elles peuvent nous donner une présomption de ce que nous allons trouver dans le pharynx et le larynx, il importe d'établir dès à présent avec exactitude le diagnostic différentiel de ces différents aspects morbides.

Le pityriasis lingual par sa couleur jaunâtre et un peu savonneuse peut être confondu avec l'embarras gastrique. Nous avons vu des médecins commettre cette erreur, et donner à plusieurs reprises des vomitifs et des purgatifs, qui naturellement ne modifiaient en rien dans ce cas cette coloration de la langue. On l'évitera en se rappelant que l'embarras gastrique est un état passager, récent, accompagné de troubles digestifs, d'anorexie, de constipation, d'insomnie, quelquefois d'un peu de fièvre, que l'haleine exhale alors une odeur saburrale ou bilieuse, tous symptômes qui manquent dans le pityriasis lingual.

Il faudra bien se garder de confondre avec le pityriasis lingual certaines colorations accidentelles de la langue produites par certains aliments, le café, le jus de réglisse? l'interrogatoire du malade vous fera con-

naître immédiatement s'il s'agit d'une coloration semblable. De même, il faut se rappeler que cet aspect jaunâtre et gazonneux de la langue se trouve très-fréquemment chez les personnes adonnées à l'usage du tabac, les fumeurs, et surtout les chiqueurs. Avant d'admettre un pityriasis herpétique, il faudra s'assurer que le malade n'a pas ces habitudes. Au reste, s'il est vrai que dans ce cas on commettrait certainement une erreur en attribuant à une diathèse, ce qui n'est que l'effet d'une habitude hygiénique, ce pourrait ne pas être une erreur, quant à l'existence de la lésion élémentaire[1].

Pour l'eczéma de la langue, dont les caractères : aspect gazonneux, coloration jaune, sont plus prononcés, il y aura surtout à tenir compte de l'embarras gastrique, qu'on écartera par les mêmes considérations que ci-dessus. Les ulcérations fendillées que l'on commence à trouver dans cet état pourraient difficilement prêter à confusion avec les ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques de la langue, sur lesquelles nous allons revenir à propos du psoriasis.

Les *plaques laiteuses* du psoriasis se reconnaîtront surtout à leur aspect blanc mat, et sans reflet, semblable à l'eschare produite par le nitrate d'argent; de

[1] Qu'est-ce en effet que cette coloration habituelle des fumeurs, si ce n'est un pityriasis déterminé par la substance âcre qui irrite incessamment leur muqueuse? Ne sait-on pas que le pityriasis simplex est souvent ce que M. Bazin appelle une maladie artificielle, produite par le contact de différentes substances irritantes?

plus elles sont indolentes. Les plaques de la syphilis, qu'on trouve aussi au bord de la langue, s'en distinguent par un aspect plus chatoyant, présentant souvent des reflets irisés, comme certaines aponévroses; elles sont entourées, au moins au début, d'une zone carminée périphérique; enfin la surface est légèrement tuméfiée et douloureuse. Les *plaques des fumeurs* ressemblent davantage aux plaques du psoriasis, mais elles ont un siége spécial, la muqueuse des commissures labiales; on les trouve cependant aussi au bord de la langue. Leur surface peut être légèrement plissée, elle est d'un blanc moins pur, un peu sali, comme diraient les peintres[1].

Les *ulcérations fendillées* qui existent dans le psoriasis lingual sont ordinairement indolentes. Elles s'accompagnent tout au plus d'un peu d'agacement, ou de picotement, d'un *goût amer* assez désagréable aux malades. On ne les confondra pas avec les ulcérations syphilitiques de la langue, qui sont entourées d'une zone rouge, tuméfiée et douloureuse. Les commémoratifs de la syphilis, la présence de ganglions sous-maxillaires, de lésions syphilitiques du voile du palais, ou de syphilides cutanées éclairciront les doutes que l'on pourrait avoir. — Les *ulcérations*

[1] Même observation ici que pour le pityriasis. Qu'est-ce en définitive que la plaque des fumeurs? Ne peut-on la considérer comme un psoriasis artificiel différant par quelques caractères des psoriasis diathésiques?

tuberculeuses de la langue ont un tout autre aspect que celle de l'eczéma ou du psoriasis lingual. Ce ne sont pas des fissures linéaires atteignant à peine le derme muqueux, ce sont des pertes de substance, ayant tout d'abord une certaine étendue en largeur comme en longueur, plus ou moins arrondies, et se creusant assez rapidement par une sorte de gangrène moléculaire, ou plutôt par l'énucléation de petits corpuscules qui ne sont autres que des tubercules gris miliaires. Ces ulcérations sont de plus extrêmement douloureuses.

Le *psoriasis mamelonné*, ou *nummulaire* se reconnaît à son aspect de grosses papilles caliciformes, situées en dehors du lieu de l'élection de celles-ci, à l'induration superficielle de la langue, et à l'absence d'adénopathie sous-maxillaire. On ne peut guère confondre avec lui que les gommes syphilitiques. Celles-ci sont plus saillantes, plus volumineuses, plus arrondies, s'accompagnant d'une induration profonde, et souvent d'adénopathie sous-maxillaire et cervicale. Le traitement par l'iodure de potassium les modifie rapidement tandis qu'il est sans action sur le psoriasis nummulaire. Il est pourtant une circonstance ou le diagnostic du psoriasis et de la syphilis devient à peu près impossible, c'est quand il existe à la fois des signes évidents de syphilis antérieure et de diathèse herpétique ou arthritique. Nous avons eu à nos cliniques plusieurs malades qui persistaient à s'accuser de

syphilis, alors que leur langue ne présentait que les signes d'un psoriasis arthritique. Un homme que nous avons observé récemment présentait encore des perforations du voile du palais, et voulait naturellement que la lésion linguale fût de même nature. L'action négative du traitement spécifique nous semble, en ce cas, la seule pierre de touche. Plusieurs médecins autorisés, entre autres MM. Mauriac et Debove, admettent d'ailleurs après M. Bazin que la syphilis peut servir en quelque sorte de cause provocatrice à la diathèse herpétique ou arthritique, et détermine l'apparition de lésions de la langue, ou de la peau, qui persisteront par elles-mêmes après la disparition de toute manifestation syphilitique.

Nous croyons n'avoir pas besoin de tracer le diagnostic du psoriasis et du cancroïde, lequel est suffisamment caractérisé par son volume, son induration, la profondeur des excavations, les phénomènes graves de dysphagie, etc.

Tels sont donc les caractères que nous avons reconnus sur la langue, et qui nous permettent de prévoir les lésions de la muqueuse pharingo-laryngienne que nous avons décrites ci-dessus. Mais nous n'avons pas de caractères objectifs pharyngo-laryngiens qui puissent s'appliquer à l'une plus qu'à l'autre des lésions linguales que nous venons d'indiquer. La nuance opaline de la muqueuse rétro-pharyngienne appartient

à toutes les trois. Elle est d'autant plus manifeste que la langue présente une nuance plus jaunâtre. Le contraste des deux couleurs complémentaires, le jaune et le bleu légèrement violacé, semble faciliter la perception de la nuance pharyngienne. L'angine glanduleuse est également commune aux trois formes morbides de la langue. Le plus ou moins de grosseur ou de rougeur inflammatoire des glandules nous paraît tenir beaucoup plus à des circonstances étrangères, comme l'usage du tabac ou des liqueurs, qu'à l'influence diathésique elle-même.

Quant au catarrhe laryngien lui-même, au plus ou moins de rougeur et de tuméfaction de l'infundibulum, de l'épiglotte, et des aryténoïdes; au plus ou moins d'inflammation chronique, d'état strié et dépoli des cordes vocales elles-mêmes, c'est ce que nous ne pouvons non plus préciser davantage. Il serait téméraire et prématuré de rattacher telle ou telle localisation de l'inflammation laryngée à telle ou telle lésion élémentaire de la langue, et même à telle ou telle diathèse, puisqu'on en trouve également avec de simples différences de plus ou de moins, dans les cas d'herpétisme ou de dartre simple, et dans ceux d'arthritisme ou de péliose goutteuse.

L'inflammation catarrhale des muqueuses pharyngienne et laryngienne ne nous a paru jusqu'à présent présenter aucune gravité. Mais une étude ultérieure ou des recherches bibliographiques plus approfondies

pourront nous en apprendre davantage. Barthez (*Traité des maladies goutteuses*, t. II, p. 40, Montpellier 1819) rapporte, d'après Musgraves, des cas de métastase goutteuse ayant produit des *angines inflammatoires exquises* (probablement très-aiguës, ou très-douloureuses?) et des cas extrêmes o la suffocation étant imminente, il faut recourir à la bronchotomie. D'autre part, on a constaté des lésions chroniques de la goutte dans le larynx; Virchow a étudié des concrétions produites autour des cartilages laryngés. Il y a là toute une étude à faire où nous avons encore beaucoup à apprendre.

Je signalerai toutefois dès à présent une complication assez fréquente de l'herpétisme ou arthritisme de pharyngo-laryngien, tels que je viens de les décrire; c'est un certain degré de *paralysie incomplète* des cordes vocales, très-analogue à ce que l'on observe chez les jeunes filles atteintes de dysménorrhée hystérique[1]. On note en effet souvent chez des sujets présentant des dermatoses, ou de la gravelle urique, des aphonies que l'on attribue volontiers à des répercussions inflammatoires sur les muqueuses internes. En étudiant avec soin plusieurs de ces cas, j'ai trouvé les cordes vocales parfaitement blanches, indemnes de toute inflammation, mais en revanche, ne pou-

[1] On sait que M. Gueneau de Mussy est disposé à envisager l'hystérie comme une névrose herpétique ou arthritique. (*Cliniq. médicale*, t. II)

vant plus s'affronter exactement pour la phonation, et laissant entre elles, soit un espace triangulaire à la commissure postérieure, soit un ménisque à la partie moyenne des cordes vocales, comme dans les cas de tension imparfaite par suite de la paralysie des muscles constricteurs. Ces paralysies sont passagères; elles guérissent assez bien par un traitement général, par des toniques et par l'électrisation des cordes vocales. A quoi sont-elles dues? L'intégrité des cordes vocales, la manière dont la maladie survient et disparaît, nous empêchent de croire à une lésion diathésique des muscles ou des articulations du larynx. Il n'y a là qu'un phénomène nerveux, peut-être un phénomène douloureux analogue à une crampe rhumatismale dans les muscles laryngés? mais le malade n'accuse pas en réalité de douleurs bien nettes. Soyons donc sobres d'explications quant à présent; bornons-nous à signaler cet accident, et à apprendre à le combattre.

Le pronostic de l'angine ou de la laryngite herpétique ou arthritique paraît donc jusqu'à présent assez léger, en ce sens que nous ne les croyons guère capables d'amener des accidents sérieux, malgré le passage de Barthez cité ci-dessus. Mais cependant, ce sont des affections catarrhales rebelles et sujettes à récidive. A ce titre, elles sont très-gênantes pour les orateurs et les chanteurs, et peuvent entraver leur car-

rière. Il nous serait difficile de dire quelle variété de lésion herpétique présente le plus de gravité. Il est probable que celles qui répondent au pytiriasis et à l'eczéma sont plus légères que celles qui répondent au psoriasis lingual. On sait combien celui-ci est difficilement curable : deux ou trois ans de traitement alcalin au minimum, selon M. Bazin. La terminaison possible par le cancroïde ou épithéiomia cancéreux doit également entrer en ligne de compte. En me reportant à moins d'un an en arrière, j'ai vu mourir d'une sorte de strangulation subite produite par un cancer intra-laryngien confirmé deux malades, dont l'un avait présenté depuis longtemps un psoriasis herpétique (des coudes et des genoux) ; dont l'autre, atteint d'un peu d'eczéma des bourses, avait eu plusieurs accès de goutte, notamment un accès aigu aux eaux de Cauterets où je l'avais envoyé pendant les vacances dernières. Ces deux terminaisons rapides et fatales montrent que le cancer laryngien peut être l'aboutissant de la goutte, comme M. Bazin a cherché depuis longtemps à établir qu'il peut être celui de l'herpétisme.

Quant aux autres complications, nous avons mentionné ci-dessus un cas d'albuminurie alternant avec des poussées d'eczéma, des phénomènes rhumatismaux, et de la laryngite chronique. Je dois dire que le malade va bien depuis trois ans, et qu'il paraît

supporter ces alternances, puisqu'il a pu continuer à exercer une profession pénible.

La phthisie pulmonaire peut être la complication des diathèses arthritique ou herpétique. Je connais des sujets, fils de phthisiques, atteints de pityriasis ou d'eczéma cutané et en même temps d'angine glanduleuse et de laryngite chronique. Une jeune fille, que je traitais dernièrement à l'hôpital Lariboisière, présentait, avec des signes non douteux de tubercules pulmonaires (craquements humides au sommet droit), des alternatives d'eczéma vulvaire, avec prurit, et d'eczéma cutané vers la racine des cheveux. Les poussées externes semblaient amener une amélioration légère des phénomènes thoraciques. On trouve sur la langue d'un certain nombre de phthisiques les caractères de ce que j'ai appelé le pityriasis lingual. Étant établi par les cas précédents que l'herpétisme peut parfaitement se cumuler avec la phthisie, cette coïncidence symptomatique ne doit pas nous étonner.

Nous touchons à la fin de cette étude; à quoi se réduisent en définitive les caractères objectifs que nous avons cherché à donner aux manifestations des deux diathèses dans la gorge? — la rougeur catarrhale du larynx, l'aspect strié et éraillé des cordes vocales, l'aspect velvétique de la commissure inter-aryténoïdienne; d'autre part, l'angine glanduleuse,

finement vascularisée dans les cas simples, hypertrophique dans les cas compliqués, mais se détachant sur un fond de nuance rose opaline; enfin les trois états de la langue sur lesquels nous avons insisté. Voilà des caractères bien vagues, bien fugaces! dira-t-on; que peut-on établir d'après cela? S'il nous était permis de citer notre pratique, nous dirions que ces signes si vagues, si fugaces ont cependant sans doute quelque réalité, puisque journellement il nous arrive, après les avoir constatés d'un regard jeté sur la langue ou sur le miroir laryngien, de demander immédiatement au malade : n'avez-vous pas eu des parents goutteux? n'avez-vous pas de la gravelle urique? n'avez-vous pas de l'eczéma ou du pityriasis? et de tomber juste à leur grand étonnement. Sans doute ce ne sont que des signes fugaces et qui ont besoin d'être confirmés par les commémoratifs, par les antécédents, par un examen complet. Nous croyons pourtant qu'ils ne sont pas inutiles, s'ils peuvent nous mettre sur la voie d'états généraux que nous pourrions oublier de rechercher, et que les médecins occupés d'études laryngoscopiques ont jusqu'à présent passés sous silence. Un signe objectif, tel que les lésions de la langue, frappant notre attention dès le premier instant d'un examen laryngoscopique, engagera sans doute le médecin à s'enquérir ensuite d'antécédents qu'il y aurait, selon nous, grand inconvénient à négliger.

Maintenant ces signes objectifs s'appliquent-ils à l'herpétisme (la dartre) ou à l'arthritisme (la goutte)? y a-t-il des signes particuliers à l'un et à l'autre? nous sommes obligé d'avouer que nous n'avons pas pu faire encore cette distinction. Lorsque cette question a commencé à nous occuper, et que nous avons saisi, dans quelques cas simples et exempts de complications, les caractères que nous venons d'exposer, nous avons cru d'abord que c'étaient ceux de l'herpétisme, et nous rejetions la recherche de l'arthritisme à une époque ultérieure. Un relevé des observations que nous avions recueillies à cet égard, nous montra, à notre grand étonnement, qu'un grand nombre de nos malades soi-disant typiques de l'herpétisme, avaient accusé de la gravelle urique, des antécédents de goutte ou de rhumatisme. Dès lors, il fallait les inscrire au nombre des arthritiques, et ceux-ci se sont en définitive trouvés de beaucoup les plus nombreux. Les lésions élémentaires dont nous constations la coïncidence, psoriasis de la langue, *eczéma genitalium*, herpès récidivant, pityriasis capitis, etc., sont d'ailleurs rangées par M. Bazin au nombre des arthritides; celles qui ressortent de l'herpétisme pur nous ont paru moins nombreuses.

Nous l'avouons donc, nous n'avons aucun moyen jusqu'à présent de distinguer par des signes objectifs les deux grandes diathèses cutanées. Mais les dermatologistes, plus avancés que nous bien certainement,

sont-ils eux-mêmes bien sûrs de les distinguer? Les arthritides de M. Bazin sont niées d'une façon presque absolue par M. le professeur Hardy, et cette querelle scientifique partage encore les hommes les plus compétents. Qui pourrait s'étonner que nous, forcé de faire usage d'un instrument particulier, n'ayant d'ailleurs aucun service hospitalier spécialement consacré aux maladies de la peau, nous n'ayons pu trancher de notre côté un tel différend? Rappelons-nous les connexions étroites qui lient les deux diathèses, et en voyant l'arthritisme de M. Bazin absorber la majorité des dermatoses, tandis que la dartre de M. Hardy revendique aussi cette majorité, nous serons peut-être amenés à admettre avec plusieurs bons esprits qu'il n'y a en définitive qu'une grande diathèse, avec deux types un peu différents, mais qui viendront plus tard se fondre l'un dans l'autre.

Je n'ai plus qu'un mot à ajouter sur le traitement: l'herpétisme et l'arthritisme laryngiens devront être traités surtout par les moyens généraux qui s'adressent à l'une ou l'autre diathèse : les alcalins pour les arthritiques, les arsenicaux pour les herpétiques. Les eaux minérales qui représentent particulièrement ces deux agents thérapeutiques, Vichy ou Vals, ou les eaux alcalines faibles, Pougues, Royat, Bussang, dont plusieurs sont d'ailleurs à la fois alcalines et arseniquées (Vals, source Dominique), ou lithinées, répondront à la première indication; le Mont-Dore et la

Bourboule à la seconde. Ajoutons ici certaines eaux sulfureuses, Cauterets par exemple, dont on connaît les bons effets dans les affections goutteuses, et l'action salutaire sur la peau et les affections catarrhales des muqueuses. Luchon peut aussi présenter ses sources si variées. On a reconnu enfin dans bien des cas l'utilité d'alterner les saisons d'eaux minérales : une année aux eaux sulfureuses des Pyrénées; l'autre aux eaux alcalino-arsenicales du centre de la France. Quant au traitement local du larynx, il consistera dans des cautérisations très-légères des surfaces avec le chlorure de zinc, par exemple, qui attaque bien les éraillures de la muqueuse fendillée, tout en respectant les parties encore pourvues de leur épithélium. L'iode ioduré, dissous dans la glycérine avec un peu d'extrait d'opium, sera opposé avec succès à l'angine glanduleuse. Le bromure de potassium à l'intérieur calmera assez bien le prurit pharyngien. Enfin s'il y a de la parésie des cordes vocales, quelques séances d'électrisation interne du larynx unies à l'action des toniques, et des moyens généraux antidiathésiques en viendront ordinairement à bout.

Nous le répétons en terminant : ceci n'est qu'un essai, une ébauche que devront confirmer beaucoup d'observations ultérieures, basées sur l'expérience et la statistique. Nous avons voulu aujourd'hui fixer seulement quelques idées et attirer l'attention de nos

confrères sur une conception, qui, sans être neuve, ne paraît pas avoir encore reçu de commencement d'application pratique.

GOMMES SYPHILITIQUES DE L'ÉPIGLOTTE

Tous les auteurs qui ont traité de la syphilis tertiaire et de ses manifestations sur les voies respiratoires, ont admis et décrit des gommes du larynx et de la trachée analogues à celles que l'on observe à la surface cutanée ou aux orifices naturels, particulièrement dans la bouche, à la voûte palatine et dans la gorge. Quant aux gommes laryngées, que l'inspection directe ne peut atteindre, leur existence n'a été souvent révélée que par les symptômes et les descriptions en ont été fournies le plus ordinairement par l'anatomie pathologique. Mais il est surtout important de les étudier du vivant du malade, au moment de leur évolution, et c'est ce que permet l'usage du laryngoscope. La plupart des médecins habitués au

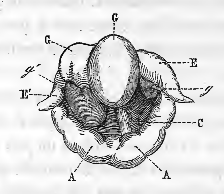
maniement du miroir auront pu voir des tumeurs syphilitiques surtout sur les aryténoïdes et l'infundibulum laryngien. Mais nous croyons qu'il est utile de donner la description et surtout la représentation exacte de ces tumeurs quand on a l'occasion de le faire. C'est ce qui nous engage à publier ici l'observation sommaire et le dessin de gommes syphilitiques de l'épiglotte que nous avons pu récemment tracer d'après nature sur un malade soumis à notre observation.

Le nommé B..., âgé de trente ans, qui vint se présenter à nous le 25 juillet 1875, à l'hôpital Lariboisière, a eu il y a sept ans un chancre suivi de plaques muqueuses de la bouche. Sans pouvoir indiquer exactement les phases qu'a pu parcourir cette maladie, pour laquelle il a suivi à l'origine un traitement spécifique, le malade fait remonter à un an seulement les accidents de la gorge qui lui ont occasionné de vives douleurs pendant plusieurs mois. C'est probablement à cette époque que se sont produites les ulcérations graves dont il porte la trace au voile du palais et dans la gorge. On voit, en effet, des cicatrices blanches caractéristiques tout autour de la racine de la luette, et, plus en dehors, au-dessus du pilier antérieur droit. La paroi postérieure du pharynx présente une demi-étoile cicatricielle nacrée, semblable à celles que l'on a décrites dans les angines scrofuleuses, et qui est masquée en partie

par le voile du palais. Ces lésions expliquent comment le malade a eu la voix nasonnée, et a longtemps laissé remonter dans les narines les liquides qu'il avalait, mais elles sont maintenant cicatrisées, et il ne reste plus qu'un peu de gêne de ce côté.

En examinant au laryngoscope, on aperçoit immédiatement sur l'épiglotte les tumeurs dont nous donnons ici le dessin avec leurs dimensions naturelles :

Au milieu de l'image une tumeur ovoïde (G),



grosse comme une noisette ou un petit œuf de canaris, se détache du bord libre et du point médian de l'epiglotte EE', laquelle est tuméfiée dans toute son étendue. En G', une seconde tumeur moins volumineuse, mais divisée par un sillon et ressemblant à un gros pois chiche, occupe la partie latérale de l'épiglotte, et s'implante aussi sur le bord libre de cet opercule. Au-dessous de celle-ci, et sur un plan plus profond, une troisième tumeur *g'*, dont le volume est d'environ la moitié de la tumeur centrale G, plonge

dans l'infundibulum et paraît reposer sur la corde vocale correspondante. Du côté opposé, une tumeur beaucoup plus petite, atteignant au plus le volume d'un petit pois, apparaît à une profondeur un peu plus grande dans l'infundibulum et adhère à la face inférieure de l'épiglotte. Une seule corde vocale est visible; elle est rougie et un peu tuméfiée, mais elle fonctionne régulièrement. Les éminences aryténoïdes et les replis aryténo-épiglottiques sont légèrement tuméfiés et un peu œdémateux. Quant aux grosses tumeurs, elles sont d'une teinte rose à peu près normale, et fortement distendues par la matière qu'elles renferment.

Les symptômes accusés par le malade ne sont pas aussi graves qu'on pourrait le supposer avec de pareilles lésions. La voix est faible et un peu nasonnée; le malade éprouve un chatouillement du gosier, qui par moment provoque la toux; il a eu déjà quelques accès d'étouffements pendant la nuit, mais la menace n'a pas paru très-forte, ce qui s'explique par le siége assez relevé des tumeurs au-dessus de la glotte. Une adhérence établie par une bride anormale entre la base de la langue et la face supérieure de l'épiglotte empêche d'ailleurs la procidence de cet opercule. Il y a également de la gêne dans la déglutition, particulièrement pour les liquides.

L'état général n'est pas mauvais; toutefois le malade est d'un tempérament lymphatico-strumeux (il a

eu dans son enfance des ophthalmies répétées et des adénites), ce qui, dans nos idées, concorde avec l'étoile cicatricielle de la paroi pharyngienne postérieure, lésion plus propre à la scrofule ou aux cas mixtes qu'à la syphilis elle-même.

Quoi qu'il en soit, et en présence d'accidents qui peuvent d'un instant à l'autre déterminer l'occlusion de la glotte, nous prescrivons au malade, le 25 juillet, un traitement spécifique énergique, l'iodure de potassium à la dose de 2 à 4 grammes par jour; frictions matin et soir sur toute la région cervicale antérieure avec l'onguent napolitain; deux fois par semaine toucher directement les tumeurs épiglottiques avec l'éponge imbibée de chlorure de zinc ou d'acide chromique, à dose seulement styptique, c'est-à-dire au 100e.

Ce traitement est suivi régulièrement pendant trois semaines, et le malade éprouve rapidement un soulagement notable. Les accès de suffocation ne reparaissent plus. La gêne de la gorge est moindre. Il part alors pour effectuer un voyage auquel l'appellent ses fonctions, mais il continue, autant que faire se peut, l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur.

Nous le revoyons le 8 et le 16 octobre. Les tumeurs ont diminué de plus de moitié. De plus, au lieu d'être distendues et luisantes comme au début, elles semblent flasques, demi-flétries, et leur coloration ne diffère plus de celle de la muqueuse voisine.

La tumeur *g* a disparu, la tumeur G′ n'existe presque plus. L'épiglotte a perdu beaucoup de son volume, ainsi que les aryténoïdes. Le malade est encore obligé de voyager, mais il continue à prendre l'iodure de potassium, et reviendra nous voir jusqu'à une guérison qui ne paraît pas devoir se faire attendre bien longtemps, s'il peut mettre un peu plus de régularité dans son traitement.

Fin décembre. — Les tumeurs ont à peine le cinquième de leur volume primitif.

SYPHILIS INVÉTÉRÉE — ACCIDENTS DIVERS

LARYNGITE SYPHILITIQUE AVEC ABRASION TOTALE DE L'ÉPIGLOTTE, ULCÉRATIONS ET VÉGÉTATIONS. — PARAPLÉGIE. — SYPHILIS VISCÉRALE. — SURDITÉ, TROUBLES CÉRÉBRAUX. — HÉMIPLÉGIE LARYNGIENNE IN EXTREMIS[1].

L'observation que nous rapportons ci-après intéressera sans doute nos lecteurs, malgré les longs développements qu'elle comprend, et dont plusieurs sont étrangers à l'étude spéciale de notre revue ; mais on reconnaîtra qu'il était difficile de la scinder sans en détruire la portée. Après avoir offert un des exemples les plus remarquables des délabrements que peut amener dans le larynx une syphilis méconnue et abandonnée à elle-même, la maladie céda cependant presque complétement, au moins dans cette région, au traitement général aidé du traitement topique direct exécuté au moyen du laryngoscope. Mais les lésions viscérales, trop profondes déjà pour être guéries, continuèrent leur marche fatale, et l'on vit paraître in extremis des accidents d'hémiplégie laryngienne.

[1] En collaboration avec M. le docteur Ch. Péronne (de Sedan).

La première partie de l'observation nous est fournie par le récit du docteur Ch. Péronne.

« C'est au mois de janvier 1872 que je vis pour la première fois Mme X..., alors âgée de 50 ans environ, femme très-respectable et récemment affligée par la perte d'un grand fils. Je la voyais en consultation avec un confrère âgé qui la soignait depuis longtemps. Mme X... présentait tous les signes d'une *laryngite chronique* durant depuis 4 ou 5 ans; il y avait extinction de voix, sensations douloureuses dans la région malade, toux avec expectoration muco-purulente, impossibilité de la déglutition des solides, difficulté pour celle des liquides qui était toujours très-pénible; la pression au niveau du cartilage thyroïde réveillait une certaine douleur. Bien que la malade eût encore un embonpoint relatif, elle avait maigri et était très-anémique. Il y avait une certaine difficulté dans la marche que j'attribuai en partie à la faiblesse de la malade, mais qui tenait déjà à des lésions de l'appareil nerveux locomoteur, car la faiblesse siégeait surtout d'un côté, le côté droit. La malade se plaignait aussi d'une constipation opiniâtre. Ne possédant pas de laryngoscope et peu familiarisé, du reste, avec le maniement de cet instrument, je ne pus faire l'examen direct du larynx; néanmoins mon opinion fut qu'il y avait là des lésions graves et profondes. Quelle en était la nature? Le résultat négatif d'un examen attentif de la poitrine, l'absence de cir-

constances héréditaires me fit rejeter l'hypothèse de la tuberculose.

« Il n'y avait guère que la syphilis qui pût alors expliquer de tels désordres. C'était donc un point délicat à résoudre. Il n'y avait en ce moment aucune sorte de manifestations syphilitiques cutanées ou muqueuses ; mais il existait sur diverses parties du corps, à la face, aux bras et surtout aux membres inférieurs des cicatrices lisses, blanches, arrondies, qui me parurent être dues à des accidents antérieurs. Un interrogatoire serré me permit, en effet, de faire retracer à la malade l'évolution complète des accidents secondaires; il me permit aussi de reconnaître que la pauvre femme ne se doutait pas de la cause de son mal; quant au mari, qui en était le véritable auteur, et au médecin traitant, ils firent tout leur possible pour égarer mon diagnostic par leurs dénégations; je pensai que mon confrère avait méconnu la cause de la maladie, ou bien qu'il avait promis au mari de me la cacher; cette dernière supposition était la vraie, je le sus plus tard. Néanmoins je tins bon pour mon diagnostic et conseillai la cautérisation immédiate de la partie malade à l'aide d'une solution concentrée de nitrate d'argent et d'une éponge à tige recourbée; je recommandai le traitement tonique en même temps qu'on ferait des onctions sur les cuisses avec l'onguent napolitain, et, sur la région thyroïdienne, l'application

d'un emplâtre de Vigo, pour en venir plus tard au traitement mixte s'il pouvait être supporté.

« Deux mois après, la malade me fit demander de nouveau ; il n'avait rien été fait de ce que j'avais conseillé et l'état s'était aggravé ; la déglutition était plus difficile encore ; les aliments pénétraient dans les voies respiratoires, provoquaient des quintes de toux et revenaient par les fosses nasales ; la faiblesse était très-grande ; la malade me dit que son médecin ordinaire avait la vue trop affaiblie pour oser pratiquer des cautérisations dans la gorge et me pria instamment de vouloir bien me charger de cette petite opération. Depuis lors elle fut soumise à ma seule direction.

« Au bout de peu de temps il y eut une amélioration sensible dans l'état de la gorge, surtout au point de vue de la déglutition ; on put nourrir la malade et combattre par l'alimentation azotée, les ferrugineux, le quinquina, l'état cachectique vers lequel elle marchait à grands pas. Vers le milieu d'avril, ayant constaté de la gingivite, je fis cesser les onctions avec l'onguent napolitain. Quelque temps après je mis la malade à l'iodure de potassium en même temps que je faisais continuer le traitement tonique ; je voulus aussi tâter du protoïodure de mercure à l'intérieur, mais il fut très-mal toléré et je dus y renoncer. En juin l'état général était très-bon et la déglutition facile, mais l'état de la fonction laryngée ne s'amélio-

rait pas ; la voix restait éteinte; il y avait de la toux; la malade se plaignait d'une sensation de constriction au niveau du larynx. Nous arrivâmes ainsi jusqu'au milieu de juillet. Depuis le début de mes soins il s'était déclaré plusieurs accidents qui confirmaient la nature de la maladie; c'est ainsi que je retrouve dans mes notes les indications suivantes : 1er avril : *ulcération du voile du palais, arrondie, à fond gris jaunâtre;* 17 mai, *exostose d'un métacarpien à la face palmaire* (c'est alors que je prescrivis l'iodure de potassium); *plaques muqueuses aux ailes du nez;* 10 juin, *ulcération sur le pilier droit;* 27 juin, *ulcération sur la paroi postérieure du pharynx;* 30 juin, *céphalée nocturne, quelques syphilides cutanées.* Les accidents bucco-pharyngiens disparurent sous l'influence de cautérisations répétées au nitrate d'argent et au nitrate acide de mercure, *sauf l'ulcération du palais, lequel, vers le 10 juillet, semblait menacé de perforation;* c'est cette lésion et surtout la persistance des accidents laryngés qui me décidèrent alors à adresser la malade à M. Isambert, afin que l'examen laryngoscopique vînt donner une idée exacte des lésions de l'organe vocal et permît, en même temps, un traitement direct plus efficace. »

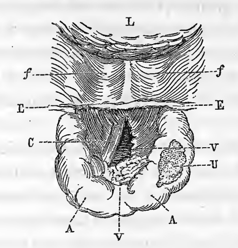
M. Isambert reconnut au laryngoscope les lésions les plus graves du côté du larynx, lésions qui, en dehors du renseignement confidentiel transmis par le docteur Péronne, portaient en elles des caractères objectifs

de nature à en faire soupçonner immédiatement la spécificité. En effet, l'épiglotte à sa face supérieure, les fosses épiglottiques jusqu'à la base de la langue, les replis ary-épiglottiques, et les éminences aryténoïdiennes étaient recouvertes d'ulcérations irrégulières baignant dans un liquide muco-purulent, et en même temps de végétations abondantes formant des stalactites qui tendaient à oblitérer tout l'infundibulum laryngien et lui donnaient un aspect étrange. Cependant on pouvait voir nettement une des cordes vocales, qui paraissait d'un rose pâle et sans ulcération. L'autre était masquée par les végétations ; mais il y avait lieu d'espérer qu'elle était à peu près intacte, car la voix, faible il est vrai, n'avait pas d'altération notable quand Mme X.... prenait la parole. Mais au bout de quelques minutes, sous l'influence de la fatigue et de la congestion inévitable qui doit se produire dans des parties si voisines de processus pathologiques aussi graves, la voix s'éteignait progressivement. — Les lésions de la bouche étaient presque guéries, et l'ulcération du voile du palais était réduite à un petit pertuis gros comme un grain de chènevis à peine, et donnant issue à une gouttelette de pus. Les piliers antérieurs du voile du palais avaient encore un peu de rougeur carminée.

On commence immédiatement le traitement antisyphilitique mixte (iodure de potassium hydrargyré, onctions avec l'onguent napolitain à la région cervi-

cale antérieure), et pour remédier au plus vite à la dysphagie et à la dyspnée, on ajoute des cautérisations quotidiennes des parties ulcérées et végétantes avec le nitrate acide de mercure d'abord, puis avec le chlorure de zinc ou l'acide chromique.

Au bout de quelques jours, lorsque le traitement local eut détergé les surfaces et affaissé toutes ces sta-



Larynx de madame X..., à son arrivée à Paris.

lactites, M. Isambert se rendit compte de la lésion, qui donnait tout d'abord à ce larynx un aspect si étrange, et si insolite pour les laryngoscopistes.

C'est que l'*épiglotte n'existait plus :* elle avait été entièrement abrasée par le travail ulcératif, et à peine un bourrelet muqueux (E, E) indiquait-il le point d'insertion de cet opercule. Immédiatement au-dessous de la langue (L) on voyait s'ouvrir un vaste infundibulum dont les parois étaient encore ulcérées et vé-

gétantes, et la vue n'était arrêtée que par trois ou quatre bourgeons charnus, paraissant appartenir aux cordes vocales supérieures, et masquant en partie l'ouverture de la glotte. Cependant, en faisant chanter la malade, on voyait nettement la corde vocale droite (C) mobile, d'une couleur rose et sans ulcération. La corde vocale gauche était masquée par des bourgeons charnus végétants (V V); les éminences aryténoïdes (A A) et les replis ary-épiglottiques encore tuméfiés et œdémateux étaient couverts d'ulcérations purulentes (U) et revêtus de fausses membranes. Les ulcérations des fosses épiglottiques (*ff*) étaient déjà cicatrisées.

Les résultats du traitement se sont fait un peu attendre : la douleur de la déglutition avait cependant diminué rapidement, et les forces revenaient; mais les surfaces malades nageaient dans le pus. Ce n'est que dans la seconde quinzaine que tout a commencé à se modifier, et bientôt on cessa l'usage intérieur de la solution iodo-hydrargyrique, qui commençait à n'être plus tolérée, pour donner l'iodure de potassium seul à jeun, et les pilules d'iodure de fer aux repas. M. Ricord, qui vit la malade à ce moment, conseilla d'ajouter aux moyens précédents l'usage de quelques cigarettes additionnées de cinabre. Ce moyen, assez difficile à supporter, ne parut pas accélérer la guérison des surfaces, laquelle marchait d'ailleurs régulièrement.

Au bout de six semaines, les parties malades présentaient l'aspect suivant : le larynx était presque entièrement détergé, les ulcérations presque partout remplacées par des surfaces roses mais encore un peu mamelonnées et végétantes. Sur la paroi gauche de l'infundibulum seulement, on voyait encore deux surfaces, grandes comme des pièces de 50 centimes, couvertes de produits blanchâtres plutôt que purulents. Les bourgeons charnus qui masquaient la corde vocale gauche, existaient toujours, mais extrêmement réduits, et exigeaient la continuation des cautérisations directes avec l'acide chromique. Il importait, en effet, d'empêcher cette prolifération anormale d'envahir les cordes vocales et de produire l'aphonie; il importait surtout de prévenir la formation d'un rétrécissement laryngien, qui amènerait forcément le cornage et peut-être, en fin de compte, la nécessité de pratiquer la trachéotomie, avec la probabilité de garder une canule à demeure presque indéfiniment. Il était à espérer toutefois qu'on réussirait à éviter ce triste résultat, et même le danger paraissait assez éloigné quant alors, parce qu'il n'y avait pas eu de nécrose apparente des cartilages principaux du larynx, de ceux qui forment le squelette indispensable, c'est-à-dire du cricoïde et du thyroïde, ni même des aryténoïdes, puisque la phonation se faisait encore. Toutefois la disparition de l'épiglotte montrait tout ce qu'on pouvait avoir à craindre sous ce rapport, en

cas de retour offensif de la maladie. Enfin la langue, qui avait au début présenté un aspect villeux, comparable à un gazon souillé de boue, s'était aussi très-notablement modifiée. Cette lésion singulière qui, pour MM. Ricord et Isambert, n'avait du reste rien de spécifique, rentrait dans les cas d'eczéma de la langue. Il n'en était pas moins vrai, que si c'était une pure manifestation dartreuse, la dartre était en elle-même une complication fâcheuse, et indiquait une disposition constitutionnelle tendant à éterniser les lésions spécifiques.

Arrivée à ce point, Mme X... reçut le conseil de rentrer chez elle, de suivre pendant six semaines une hygiène tonique, se bornant au traitement général par l'iodure de potassium et de fer. Le Dr Péronne se mit rapidement au courant des petites opérations laryngoscopiques destinées à réprimer les bourgeons charnus qui restaient encore. L'accès de ces bourgeons était rendu facile par l'absence de l'épiglotte. Chose remarquable ! *l'absence de cet opercule ne gênait pas la déglutition*, les liquides mêmes passaient sans difficulté, pourvu que la malade ne bût pas avec précipitation. La lésion avait sans doute été longue à se produire, et l'accoutumance avait appris à la malade à faire passer les aliments et boissons par les gouttières latérales. Le rétablissement de l'alimentation produisit un relèvement rapide des forces.

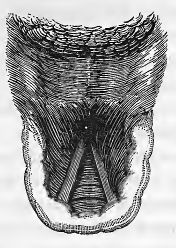
La voix était toujours voilée, et cependant au bout d'un mois, les surfaces muqueuses paraissaient très-lisses : les cordes vocales apparaissaient maintenant à découvert, à mesure que les bourgeons irréguliers s'affaissaient, et elles reprenaient peu à peu l'état normal.

La malade revint au mois d'octobre passer une quinzaine sous la direction de M. Isambert, qui vint à bout des derniers bourgeons charnus avec l'acide chromique : tous les accidents laryngés ont disparu, les cordes vocales sont blanches, presque normales ; plus d'ulcérations, plus de végétations ; le larynx conserve toutefois l'aspect étrange qu'il doit à l'abrasion absolue de l'épiglotte.

La malade se plaint seulement d'une grande faiblesse, et d'un commencement de paraplégie, plus prononcée à droite qu'à gauche. Dans le but de lui rendre des forces et de combattre la cachexie syphilitique, Mme X... est envoyée à Amélie-les-Bains, et sous la direction de notre sympathique et distingué confrère, le Dr Génieys, elle passe tout son hiver, faisant plusieurs saisons de bains sulfureux, séparées par des intervalles de repos.

A son retour à Paris, le 7 mars 1873, M. Isambert constate que le larynx a conservé l'amélioration acquise ; il n'y a plus aucune évolution morbide de ce côté ; la phonation et la déglutition sont suffisantes. Mais un phénomène nouveau chez la malade,

et qui la préoccupe beaucoup, c'est un affaiblissement considérable de l'ouïe, une surdité assez prononcée. On s'assure à l'otoscope que ce symptôme n'est pas dû à une lésion de l'oreille externe ou du tympan (pas d'accumulation de cérumen, pas de perforation du tympan, pas d'otite externe) ; — par la rhinoscopie postérieure, on peut voir que le voile du palais



Larynx de madame X..., après guérison. Abrasion totale de l'épiglotte.

postérieur, l'entrée des fosses nasales et la paroi latérale du pharynx autour des trompes d'Eustache sont saines : il n'y a ni ulcérations, ni plaques spécifiques, ni inflammation. Il est donc probable qu'il s'agit d'une surdité nerveuse, par affaiblissement du nerf auditif, ou par compression de ce nerf dans les conduits du rocher par quelque exostose. Mais le phénomène morbide le plus grave est certainement la

paraplégie, plus prononcée à droite qu'à gauche et que la médication sulfureuse n'a pas améliorée. Notons en passant que cette médication n'a amené aucune éruption, aucune poussée cutanée appréciable, quelque attention qu'ait mise à la rechercher le Dr Génieys, prévenu par nous de l'origine spécifique de la maladie. La période secondaire était ici dépassée, épuisée. Nous en étions au moins à la période viscérale, puisqu'il n'y avait pas d'accidents osseux manifestes. Pour nous éclairer à ce sujet, Mme X... est conduite chez notre excellent confrère et ami le Dr Tripier, bien connu pas ses travaux sur l'électrisation médicale, et voici le résultat des explorations diverses auxquelles il se livre avec divers modes d'électrisation (courants discontinus, courants continus, courants de tension, courants de quantités diverses, etc.) :

« La paralysie revêt la forme cérébrale plutôt que la forme médullaire, c'est-à-dire que ce sont les éléments cérébraux de la moelle (substance grise) qui semblent atteints plutôt que les cordons antérieurs ou postérieurs. Ceci rend peu probable l'existence d'une exostose rachidienne comprimant la moelle tout entière, et beaucoup plus l'existence d'une altération viscérale (sclérose) de la substance grise. »

Mme X.... retourne chez elle, munie d'un appareil électrique par le Dr Tripier lui-même, et munie d'instructions détaillées de notre confrère sur le mode

d'application de l'électricité, que le D[r] Péronne met à exécution avec le plus grand soin. Les toniques, les iodures devaient être repris avec persévérance, mais par périodes successives et avec des alternances.

La suite de cette observation, telle qu'elle a été prise, avec de grands détails, par notre distingué confrère de Sedan, présenterait un grand intérêt au point de vue de la marche de la syphilis tertiaire des centres nerveux; elle nous montrerait une fois de plus ce que notre collègue, le D[r] Alfred Fournier, a si bien mis en lumière dans ses remarquables leçons sur la syphilis tertiaire, c'est-à-dire l'impuissance des différents moyens thérapeutiques, lorsque l'on a, pendant des années, laissé la maladie marcher sans obstacle, et atteindre la période viscérale et cachectique. Mais nous sommes obligés de passer rapidement sur des détails trop étrangers aux matières spéciales de notre revue et nous devons nous borner à tracer à grands traits la fin de cette lamentable histoire.

Outre la paraplégie persistante et l'altération de l'ouïe, Mme X.... se plaignait successivement d'un affaiblissement marqué de la vue, surtout de l'œil droit, l'empêchant de se livrer à la lecture et aux travaux d'aiguille (la surdité était aussi plus marquée à droite); puis de *vertiges* presque constants. L'intelligence ne présentait d'autres troubles qu'une sorte de monomanie jalouse, plus ou moins justifiée, contre une personne à qui elle attribuait ses chagrins domesti-

ques. Ce furent ensuite des douleurs variées, par exemple, douleur en ceinture, et sorte de compression rétro-sternale vers l'épigastre; puis tremblements et contractures dans les membres inférieurs avec perversions diverses de la sensibilité, puis augmentation de la paralysie musculaire. La contractilité électrique était conservée, mais l'électrisation n'a jamais amené d'amélioration, quels que fussent les modes d'application, lesquels ont été très-variés et employés avec une grande persévérance. Les préparations iodurées, ferrugineuses et phosphorées furent employées à tour de rôle, ainsi que les bains, les douches et le massage. Le traitement mixte iodo-hydrargyrique n'était plus toléré. L'appétit se maintenait, mais il y avait une constipation opiniâtre et un peu d'incontinence d'urine. Le sommeil fut troublé par des céphalées nocturnes et des crampes dans les membres. La faiblesse et les contractures augmentèrent au mois d'octobre et s'accompagnèrent de douleurs fulgurantes.

Pendant tout ce temps l'état du larynx, examiné de temps à autre, restait le même, et il n'y avait plus de lésions apparentes, ni congestions, ni ulcérations, ni œdème. Cependant, à la fin de décembre, de nouveaux accidents apparurent : une forte douleur à la nuque, de la céphalalgie, et des vertiges, étant survenus, *la voix, d'abord voilée, s'éteignit bientôt; la déglutition devint très-difficile*, surtout pour les

liquides qui, à présent, faisaient fausse route. Les piliers du voile du palais semblaient comme effacés du côté droit, de façon à ce que les piliers gauches paraissaient être sur un plan plus antérieur. Quand la malade tirait la langue, la pointe était déviée à gauche. Au laryngoscope l'ouverture glottique paraissait *rétrécie et modifiée dans sa forme.* Au lieu du triangle isocèle que la glotte présente à l'état normal lors d'une large inspiration, et dans lequel la bissectrice de l'angle au sommet tombe sur le milieu de la commissure aryténoïdienne, on ne voyait plus qu'un triangle rectangle, limité en dedans par cette bissectrice, l'angle droit répondant au centre de la commis sure, et les angles aigus à la commissure antérieure postérieure et à la jonction de la corde vocale gauche avec l'aryténoïde : ce n'était plus que la moitié de la glotte normale; et cet aspect était dû à un relâchement du côté droit (paralysie du dilatateur droit). Le repli aryténo-épiglottique droit semblait plus bombé, de manière à cacher complétement la corde vocale sous-jacente.

Il y avait en même temps une dyspnée assez intense avec une sorte de ronchus très-fort et permanent, comparable à celui qu'on observe dans certaines agonies.

Autrefois c'était la corde vocale gauche qui était masquée par des végétations: mais en ce moment c'était un phénomène d'un tout autre ordre, *paralysie, hémiplégie laryngienne par lésion du centre ner-*

veux, et non plus, lésion laryngée ulcéreuse, ou végétante. Du reste, aucune lésion dans la région observée au laryngoscope. Cette hémiplégie laryngée coïncidait avec des signes de paralysie commençante du bras droit et divers phénomènes nerveux.

Ce nouvel état du larynx dura jusqu'à la fin de l'existence, sauf quelques intermissions, où les signes d'hémiplégie laryngienne parurent s'amender en même temps que les signes d'hémiparaplégie: ces améliorations passagères furent obtenues d'une part par les cautérisations du larynx au nitrate d'argent, et surtout par le retour à la médication iodurée: une fois l'iodure de potassium (6 grammes en lavement) jusqu'à ce que l'intolérance se produisît, et une autre fois l'iodure d'ammonium (50 centigrammes par jour) qui parut exercer assez longtemps une influence favorable. Les cordes vocales restaient visibles, d'une teinte rosée, mais l'ouverture laryngienne semblait encore rétrécie par la paralysie du dilatateur. Nous passons sur les alternatives d'amélioration et du retour de tout le cortége d'accidents nerveux qui se produisit jusqu'à la fin, ainsi que sur la thérapeutique très-variée qui leur fut opposée. A la fin d'octobre 1874, de vives douleurs de l'oreille gauche revinrent avec névralgies des branches du plexus cervical. La dyspnée, la dysphagie et le cornage augmentent: tous les phénomènes nerveux, hyperesthésiques, ataxiques, paralytiques, se multiplient. Enfin,

surviennent des phénomènes cardiaques, l'œdème des membres inférieurs, et à la fin de février 1875 de véritables signes d'encéphalite aiguë. Le 19 mars, à la suite de plusieurs accès de suffocations, la malade tombe dans un état comateux qui dure 60 heures et pourtant elle ne meurt que le 2 avril en terminant par une agonie douce sa pénible existence.

Il est regrettable que l'autopsie n'ait pu être faite; l'étude anatomique des centres nerveux aurait sans doute rendu compte de tous les troubles survenus dans la période viscérale de l'affection, et en particulier de la cause matérielle de la surdité et de cette hémiplégie laryngienne, qui survint à la fin, longtemps après la cessation de la laryngite syphilitique proprement dite, dont la guérison s'était en définitive maintenue.

NOUVEAUX FAITS

DE

TUBERCULOSE MILIAIRE DE LA GORGE

ET

INFILTRATION TUBERCULEUSE

DE

L'ÉPIGLOTTE ET DU LARYNX

Depuis que nous avons eu l'occasion, en 1871 et 1872, d'attirer l'attention de nos collègues de la Société des hôpitaux sur la présence des tubercules miliaires de la gorge, ces faits se sont présentés de jour en jour plus nombreux, et les communications de MM. Vulpian, Bucquoy, Hayem et Martineau nous permettaient l'an dernier de tracer dans nos *Annales du larynx* (mai 1875), une description d'ensemble basée sur huit ou neuf observations dont trois avec autopsie, et deux avec examen histologique. Pour peu que nos confrères portent leur attention sur ce sujet, ils trouveront, nous n'en doutons pas, des observations nouvelles à ajouter aux documents que nous

possédons déjà. Plusieurs de nos collègues ont reconnu à nos descriptions des faits qui leur étaient passés antérieurement sous les yeux, mais dont ils n'avaient pas eu une interprétation complète; et bien que tous ceux qui ont vu n'aient pas publié leurs observations, nous avons quelques faits nouveaux à ajouter à notre Mémoire de l'an dernier.

M. Cornil a donné dans le *Journal des connaissances médicales* (fondé par le regretté Caffe), n° du 13 juillet 1875, p. 193, l'observation d'un malade qu'il avait soigné au mois de juillet 1874. Ce malade, employé dans une maison de commerce, et qui était atteint depuis une année environ de signes très-manifestes de phthisie pulmonaire, n'avait cependant pas interrompu son travail. Au moment où il vit M. Cornil, il souffrait beaucoup de la gorge depuis un mois environ, et il avait maigri en raison de la difficulté qu'il avait à manger. « L'examen de la gorge fit voir une ulcération à bords irréguliers et festonnés, grise, avec des points jaunâtres saillants sur la partie ulcérée, d'aspect blafard, et sur les bords de laquelle il y avait des granulations. L'une d'elles plus saillante, était bien isolée et en voie d'ulcération à son sommet. Cette plaque, ulcérée, allongée de bas en haut, siégeait sur le pilier antérieur du voile du palais, du côté droit. Il y avait une ulcération de même nature, mais moins avancée, sur l'amygdale du même côté. Je n'hésitai pas à porter le diagnostic d'ulcération

tuberculeuse, car la perte de substance, et les granulations périphériques ressemblaient exactement à la forme d'ulcération bien connue aujourd'hui de la langue. L'examen de la poitrine montra des lésions très-avancées des deux sommets : dans l'un il y avait des cavernes anciennes avec leurs signes caractéristiques; dans l'autre, des cavernules en voie de formation. »

« Je prescrivis, ajoute M. Cornil, un traitement géneral, et je touchai au nitrate d'argent l'ulcération du pharynx. Le malade revint à ma consultation. Comme je partais en vacances, je l'adressai à M. Brouardel, qui voyait pour la première fois une lésion de cette nature, et qui fit immédiatement le même diagnostic d'ulcère tuberculeux. Le malade mourut pendant le mois de septembre. »

M. Cornil confirme, du reste, ce que nous avons dit nous-même des caractères qui permettent de poser avec certitude le diagnostic de cette lésion d'avec les angines diphtérique, pultacée simple et syphilitique. Il s'accorde pour les caractères histologiques avec MM. Troisier et Hanot, et y reconnaît des lésions tuberculeuses très-caractéristiques qui siégent profondément dans le tissu conjonctif sous-muqueux. Le chorion sous-muqueux, au niveau de l'ulcération, manque ou bien il est infiltré d'éléments cellulaires en dégénérescence caséeuse. La lésion peut être assimilée de tout point aux ulcères tuberculeux de la langue dans

lesquels les granulations tuberculeuses les mieux définies siégent profondément dans le tissu conjonctif interposé aux fibres musculaires de la langue.

« J'ai eu l'occasion, ajoute encore cet histologiste distingué, d'examiner au microscope, au commencement de l'année 1874, le voile du palais d'un malade du service de M. Bernutz, à la Charité. Le voile du palais était très-épais et ulcéré. M. Bernutz avait porté le diagnostic d'ulcère tuberculeux. Le malade étant mort par suite des progrès de son affection pulmonaire, nous fîmes, M. J. Renaut et moi, l'examen anatomique du voile du palais altéré. L'épaississement était dû surtout à la formation de tissu embryonnaire au fond et aux bords de l'ulcération et à une hypertrophie des glandes acineuses de la région. Les cellules épithéliales de certaines de ces glandes étaient infiltrées de granulations graisseuses. Nous trouvâmes aussi, sur le bord de l'ulcération, des amas de cellules rondes ayant la forme et les caractères des granulations tuberculeuses. »

« D'après l'ensemble de ces faits, on doit nécessairement admettre l'existence bien prouvée d'une angine tuberculeuse.

« La forme aiguë décrite par M. Isambert et qui est très-bien définie en raison de la présence de tubercules récents n'est probablement pas la seule qui puisse se présenter à l'observation. »

Nous avions nous-mêmes vu de son vivant le malade

de M. Bernutz et confirmé pleinement son diagnostic. La dernière remarque de M. Cornil est parfaitement exacte, et dans notre Mémoire de l'an dernier, nous disions déjà qu'à côté des formes suraiguës qui nous avaient frappé tout d'abord, par l'avance considérable que les lésions pharyngo-laryngées avaient prise sur les lésions pulmonaires, avance qui constitue une anomalie dans l'histoire de la phthisie laryngée, on trouverait des formes intermédiaires où la phthisie serait moins aiguë et où la maladie laryngienne serait manifestement consécutive à celle du poumon : les observations de MM. Bucquoy et Martineau nous en fournissaient des exemples ; les deux observations citées par M. Cornil nous en donnent deux nouveaux cas : La phthisie pulmonaire paraissait exister depuis assez longtemps, lorsqu'une *poussée nouvelle* a amené la tuberculose miliaire de la gorge, et imprimé une marche accélérée à l'affection qui devait enlever le malade.

Notre excellent collègue, M. Laboulbène, qui a aussi étudié ces granulations miliaires des muqueuses, s'occupe en ce moment de les rechercher jusque dans l'œsophage, mais nous n'avons encore aucun résultat positif à cet égard.

Nous avons, au mois de novembre dernier, reçu presque simultanément, dans notre service de Lariboisière, deux jeunes femmes atteintes de *tuberculose miliaire* de la gorge parfaitement caractérisée.

L'une était déjà très-avancée, et les granulations grises envahissaient déjà les côtés du voile du palais, à droite et à gauche ; de plus, l'épiglotte présentait une érosion analogue, et était le siége d'une infiltration qui doublait son volume. Les ligaments aryépiglottiques étaient le siége d'un œdème qui menaçait la malade de suffocation ; les lésions pulmonaires passaient du 2ᵉ au 3ᵉ degré, d'après les résultats de l'auscultation. Cette malade n'est restée soumise à notre observation qu'une quinzaine de jours au plus. Malgré tous nos avis, elle a réclamé impérieusement sa sortie, et nous ignorons ce qu'elle est devenue. Son existence n'a pas dû se prolonger bien longtemps.

L'autre, âgée de 25 à 30 ans, était dans un état moins grave, et a pu être présentée à la Société médicale des Hôpitaux dans sa séance du 12 novembre 1875 (*Bulletin de la Soc. méd. des Hôpit. de Paris*, 1875, p. 287, et *Union médicale*, 1876, nº 4, p. 58). La lésion, c'est-à-dire l'érosion superficielle de la muqueuse constituée par de fines granulations tuberculeuses, n'occupait encore que la face antérieure de la luette et le pilier postérieur droit du voile du palais. Elle est en tout semblable, comme aspect et comme nature, aux ulcérations tuberculeuses de la langue, étudiées dans ces dernières années. La luette était encore intacte, mais le pilier postérieur était déjà fortement entamé ; derrière l'ulcération de

ce voile, une excavation, presque large comme une pièce de 20 centimes, tendait à se former dans la paroi pharyngienne postérieure, et cette surface se couvrait de la teinte grisâtre qui a été mentionnée dans toutes les observations connues. Les poumons présentaient déjà aux sommets quelques craquements humides.

Depuis l'époque où la malade a été présentée à la Société des Hôpitaux, nous avons continué à la soigner, soit à l'hôpital, soit à notre service de traitement externe. La luette n'a pas tardé à se prendre et à tomber, détruite à sa base par la tuberculose miliaire; mais, à partir de ce moment, l'état de la muqueuse a paru s'améliorer; le voile du palais, n'étant plus tiraillé par le poids de cet appendice, est devenu un peu moins douloureux; en même temps, et après, il est vrai, bien des oscillations en bien ou en mal, les granulations tuberculeuses ont paru s'éliminer petit à petit par un travail de caséification et de suppuration, et les petites ulcérations alvéolaires qui se produisent à la suite de ce travail ont paru se combler en partie. Les piliers, le bord libre du voile du palais ont pris un aspect meilleur, et l'ulcération, que nous signalions à la paroi postérieure du pharynx, et qui était déjà caséeuse, est elle-même détergée et comblée en partie. Les surfaces encore mamelonnées ont perdu leur aspect blanchâtre, et présentent une couleur rose de bonne nature. Ce

résultat tout à fait inespéré, si on se reporte aux observations connues antérieurement, a été obtenu par des attouchements presque journaliers avec la glycérine morphinée. Ce topique, uni d'ailleurs à l'action d'un traitement général reconstituant, est celui qui paraît le mieux réussir. Les divers caustiques qui ont été employés précédemment (nitrate d'argent, iode, chlorure de zinc, acide chromique) sont très-douloureux pour les malades, et, dans des tissus qui sont, comme la muqueuse pharyngienne l'est dans ce cas, infiltrés de granulations grises à une assez grande profondeur, ces caustiques ne paraissent produire aucune réaction réparatrice. Mieux vaut attendre l'élimination spontanée du produit tuberculeux, que de déterminer une inflammation interstitielle très-douloureuse, et qui ne peut que hâter la destruction totale de la membrane. La morphine a pour premier avantage d'endormir efficacement la douleur, si vive en pareil cas, de calmer la dysphagie ordinairement intolérable qui tend à se produire ; et la glycérine, que nous lui donnons pour véhicule, a par elle-même une action cicatrisante qui paraît rester dans les limites que comporte l'état des surfaces malades.

Il est à craindre, toutefois, que l'amélioration actuelle ne soit que passagère, car nous avons assisté déjà chez cette malade à bien des alternatives d'amélioration et de rechute. Déjà, depuis longtemps,

l'épiglotte et les éminences aryténoïdes sont infiltrées par un de ces œdèmes à sérosité gélatineuse, où le microscope a déjà fait reconnaître (dans des cas analogues) des éléments tuberculeux, et déjà cette tuméfaction a produit, non pas des menaces de suffocation, mais de la dyspnée. Enfin les poumons continuent à nous préoccuper, bien que la maladie pulmonaire n'ait pas paru faire de grands progrès depuis six mois. La phthisie galopante ne s'est pas montrée; les craquements qui nous faisaient, au début, soupçonner des lésions du second degré, sont pour le moment atténués, mais la percussion donne un manque d'élasticité aux deux sommets. La respiration est sèche à l'auscultation, l'ampliation vésiculaire incomplète, quelques craquements fins disséminés apparaissent çà et là sans dépasser pour le moment ces signes de déplissement appelé *bruit de billet de banque*. Enfin, la voix et la toux donnent un retentissement assez marqué sous les clavicules. Ce sont là des signes bien atténués, mais on sait combien la granulie ou l'infiltration générale des poumons par les tubercules miliaires, donne peu de signes stéthoscopiques jusqu'au moment où la désorganisation apparaît par les symptômes les plus graves, et par la fonte du poumon la plus accélérée. Il convient donc de garder toute la gravité de notre pronostic, malgré l'amélioration actuelle. Celle-ci prouve toutefois que la maladie n'a pas toujours la marche rapide et in-

cessante que nous lui avons reconnue dans les cas les plus graves, et qu'elle peut présenter des entr'actes assez longs dans le développement de ses manifestations.

Enfin, dans ces derniers temps, nous avons présenté à la Société médicale (séance du 12 mai 1876) une jeune fillette de 4 ans et demi, atteinte d'une tuberculose miliaire de la gorge tout à fait typique.

Cette enfant, née de parents bien portants (au moins la mère, que nous avons vue nous-même), ne paraît présenter aucun antécédent héréditaire grave, ni tuberculose, ni siphylis notamment. La mère a seulement éprouvé quelques accidents lymphatico-strumeux dans sa jeunesse. L'enfant elle-même a présenté quelques manifestations scrofuleuses dans sa première enfance, lesquelles se sont sans doute aggravées par suite d'une nourriture défectueuse dans les premiers mois de la vie. Elle est restée quatre ans en nourrice, et lorsqu'elle en est revenue, il y a quatre mois, sa mère s'aperçut que son voile du palais était couvert d'ulcérations blanchâtres, et qu'elle n'avait plus de luette. Déjà antérieurement, elle avait eu le nez bouché par un coryza chronique, et elle avait été atteinte, du côté de l'œil droit, d'une kérato-conjonctivite de nature scrofuleuse qui dure encore. Les médecins qui ont vu la gorge n'ont pas dénommé cette angine, et ont ordonné les moyens palliatifs appliqués aux angines tonsillaires. Les gargarismes as-

tringents et les cautérisations au nitrate d'argent et à l'iode ont été très-douloureux pour l'enfant, et n'ont amené aucune amélioration de l'état local.

Lorsque la petite malade nous a été présentée à notre clinique de l'hôpital Lariboisière, les caractères objectifs de la lésion étaient tout à fait typiques: ulcération mamelonnée, chagrinée et blanchâtre, comme un semis de grains de semoule ou des œufs de poissons, formant par leur réunion des plaques à bords ondulés, entourées d'un liséré rose tendre, de 1 millimètre de large. Ces plaques occupent tout le bord libre du voile du palais sur une largeur d'environ 1 centimètre, et envahissent les piliers: la luette est déjà tombée, et il n'en reste qu'un tronçon. La paroi postérieure du pharnyx est intacte, bien que d'un rouge assez vif, et elle est baignée de crachats abondants, qui ne sont pas visqueux, épais et adhérents comme ceux de l'angine scrofuleuse. L'épiglotte et les éminences aryténoïdes sont déjà tuméfiées et deviennent probablement le siége d'une infiltration de protoplasma tuberculeux.

Il n'y a pas encore de douleur excessive dans la déglutition. La voix n'est pas enrouée très-sensiblement, l'enfant respire difficilement et fait entendre un peu de cornage. Elle tousse assez souvent, surtout la nuit, et de gros ronchus se produisent dans la gorge et dans la trachée. Ces bruits retentissants couvrent les phénomènes stéthoscopiques que pourrait faire percevoir

l'auscultation de la poitrine, et empêchent d'apprécier exactement l'état des poumons. Toutefois on n'entend pas de craquements secs ou humides, ni de bruits cavitaires. On n'a donc aucun signe certain de tuberculose pulmonaire; mais, en présence de la lésion si caractéristique de la gorge, et de l'envahissement commencé de l'épiglotte et des aryténoïdes, il est à craindre que les poumons ne soient déjà ou ne soient prochainement pris. Le pronostic est donc grave. Nous continuons de traiter et d'observer l'enfant. C'est la première fois, à notre connaissance, que cette forme si intéressante de la tuberculose miliaire est signalée à un âge aussi tendre.

Nous avons, dans les lignes qui précèdent, parlé plusieurs fois d'œdèmes de l'épiglotte qui n'étaient que des infiltrations tuberculeuses. Nous allons indiquer brièvement les résultats auxquels nous ont conduit à cet égard nos études les plus récentes.

Tous les laryngoscopistes savent que c'est dans la phthisie laryngée surtout qu'on observe ces tuméfactions énormes de l'épiglotte que nous avons autre part désignées sous le nom d'épiglottes en phimosis, ou en paraphimosis, tant leur aspect présente de similitude avec l'aspect de certaines balanoposthites, ou lésions analogues de la verge. On considère généralement cette tuméfaction comme le résultat d'un œdème inflammatoire, et cependant on a reconnu

que les mouchetures ou incisions pratiquées sur ces épiglottes ainsi tuméfiées ne produisaient pas ordinairement le dégorgement de cet opercule, qu'elles ne donnaient pas issue à une quantité notable de sérosité, et qu'enfin les points où l'on avait fait les mouchetures devenaient le point de départ d'ulcérations fort difficiles à guérir.

Nous avons eu de nombreuses occasions de faire la nécropsie de malades atteints de phthisie pulmonaire et laryngée, et dont l'épiglotte présentait cette lésion. En pratiquant la coupe de ces épiglottes ainsi tuméfiées, nous les avons constamment trouvées remplies par une infiltration transparente, semblable à une gelée compacte, qui n'avait aucune tendance à s'échapper par les incisions faites dans la membrane d'enveloppe, même lorsqu'on exerçait une certaine pression sur l'organe. Ce fait, qui expliquait l'inutilité des mouchetures pratiquées dans un but thérapeutique, nous avait fait penser depuis longtemps que cette lésion était autre chose qu'un œdème, et que cette matière infiltrée pouvait bien être un protoplasma, une première forme de la tuberculose laryngée. Nous avons soumis plusieurs de ces épiglottes à quelques-uns de nos micrographes les plus autorisés (MM. Cornil, J. Renaut, Debove, Coyne), et leur réponse a été que la matière gélatineuse contenait, avec un certain nombre de corpuscules d'inflammation, un nombre, variable selon les cas, de granula-

tions tuberculeuses transparentes. La différence de nombre de ces éléments, dans les différents cas, provenait sans doute de ce que l'on ne rencontrait pas partout la granulation type, la granulation *adulte*, mais sans doute ces éléments primaires qu'a si bien étudiés M. Grancher dans sa thèse inaugurale (de l'*Unité de la phthisie*. Paris, 1873), et dans son mémoire sur le *Tubercule* (*Archives de Physiologie*, 1872), éléments consistant, soit dans des nodules sans dégénérescence centrale, soit même dans des agglomérations de petites cellules sans apparence nodulaire, mais dont la nature réelle est démontrée par la dégénérescence caséeuse qui est la terminaison de tous ces processus morbides. Si les histologistes allemands ont déclaré que le tubercule du larynx était rare, et qu'il n'était pas confluent, notamment dans l'épiglotte, c'est sans doute parce que, se bornant à la définition étroite de la granulation tuberculeuse donnée par Virchow, ils n'ont pas tenu un compte suffisant de ces processus, qui pour nous sont déjà des lésions tuberculeuses devant aboutir à la dégénérescence caséeuse. Nous croyons donc que des études histologiques ultérieures, inspirées des idées que nous exprimons ici, démontreront que le tubercule laryngé primitif, que l'on a cru rare, est infiniment plus commun qu'on ne le suppose, si l'on veut admettre que le tubercule présente des éléments multiples et divers, comme d'ailleurs les cancers et

la plupart des tissus morbides que l'histologie est loin de déterminer avec autant de précision que la clinique.

Mais ce ne sont pas seulement les études anatomo-pathologiques qui peuvent nous faire connaître le tubercule laryngien. L'inspection directe avec le laryngoscope pourra, nous le croyons, nous révéler souvent son existence du vivant du malade.

Depuis que notre attention s'est portée sur la tuberculose miliaire des muqueuses dans les premières voies, et que les observations s'en sont multipliées, notre œil a de plus en plus appris à reconnaître les lésions tuberculeuses à leur période de début, alors qu'elles n'attaquent encore que la surface des épidermes, ou les couches les plus superficielles des muqueuses. Les analogies se sont éclairées les unes par les autres, et, contrairement à des assertions qui se sont produites encore récemment dans des écrits consacrés à la phthisie laryngée, nous croyons, dans bon nombre de cas, reconnaître des *caractères objectifs* propres à la tuberculose et essentiellement différents des lésions du catarrhe simple.

Sur l'épiglotte, comme sur le bord de la langue, comme sur le bord des piliers du voile du palais, on observe en effet des érosions tuberculeuses superficielles, qu'un œil tant soit peu exercé pourra reconnaître facilement quand on les lui aura bien montrées. Au début et dans sa forme la plus légère, c'est

comme un coup d'ongle, puis comme un léger coup de râpe, qui aurait produit l'érosion de l'épithélium avec une très-légère perte de substance. Le fond de l'érosion présente une surface inégale, très-légèrement *sablée*, *chagrinée*, *mamelonnée*. C'est surtout au bord libre de l'épiglotte que l'on voit nettement ces érosions, qui s'étendent du reste assez vite sur les deux faces de l'opercule, mais plutôt vers la face inférieure ou postérieure. Comme ces érosions prennent souvent assez vite une teinte blanc grisâtre, qu'elles sont plus ou moins irrégulièrement arrondies, elles ressemblent beaucoup à des plaques muqueuses, et nous avons depuis longtemps signalé dans nos cliniques la difficulté de distinguer ces érosions tuberculeuses d'avec les plaques que l'on dit exclusivement caractéristiques de la syphilis. Nous en avons figuré plusieurs dans nos cours, et dans une leçon publiée l'an dernier dans le *Progrès médical* (novembre 1875, n° 41). Ce n'est pas seulement sur le bord libre de l'épiglotte qu'on les observe, c'est aussi sur les bandes ventriculaires, c'est aussi sur les cordes vocales véritables, c'est enfin sur les éminences aryténoïdes. Leur aspect n'est pas identique dans ces différentes régions.

Sur l'épiglotte, elles ne tardent pas à s'accompagner d'une infiltration, d'une tuméfaction apparente de la paroi où elles se sont développées, et cette tuméfaction produit tantôt l'hypertrophie partielle du

bord libre, ou d'un côté de l'épiglotte, tantôt l'hypertrophie générale de l'opercule.

Sur les bandes ventriculaires, ou fausses cordes vocales, on les observe à peu près dans toute la largeur de ce voile membraneux, dont elles déterminent aussi la tuméfaction, en apparence œdémateuse.

Sur les cordes vocales vraies, l'érosion tuberculeuse nous a paru le plus souvent occuper le bord libre de la corde et s'étendre assez loin sur sa face trachéale. Ces érosions inégales, gaufrées, blanc grisâtre, sont celles que l'on peut le plus facilement confondre avec des plaques muqueuses syphilitiques. Quelquefois aussi l'érosion, très-limitée alors, siége sur la face supérieure de la corde vocale, sur cette surface plane que l'on voit si bien au laryngoscope.

Enfin, sur les éminences aryténoïdes, la petite lésion que nous décrivons siége surtout sur la face intra-laryngienne. Son aspect y est moins simple, moins net que sur les parties que nous avons décrites précédemment, parce que toute érosion de cette région, doublée d'un tissu conjonctif assez lâche, s'accompagne rapidement de gonflement œdémateux, et se recouvre de produits pultacés ou purulents.

Les caractères qui permettent de distinguer ces érosions des lésions similaires de la syphilis sont les suivants : dans les lésions tuberculeuses, il y a avec l'érosion perte de substance superficielle (absolu-

ment comme pour les tuberculoses de la langue), et l'on ne trouve autour de l'érosion qu'un liséré inflammatoire très-étroit. Dans les lésions syphilitiques, telles que les plaques muqueuses, on trouverait une saillie légère de la surface ; en cas d'ulcération, au contraire, un ulcère plus ou moins profond, et le plus ordinairement autour de ces deux genres de lésions une large auréole d'un rouge vif, de nuance carminée ou scarlatineuse qui disparaît assez vite par le traitement spécifique. Nous avouons toutefois que ces caractères, très-nets sur le voile du palais, le sont beaucoup moins dans le larynx lui-même.

L'érosion, l'ulcération n'est pas toujours le premier aspect du tubercule miliaire dans le larynx. Souvent au bord libre de l'épiglotte ou sur sa face supérieure, nous avons reconnu de petites granulations grises, sous-jacentes à un épithélium encore intact, et formant une petite saillie acuminée, transparente, très-analogue aux tubercules miliaires des méninges chez les enfants, avec cette différence qu'elles se détachent en lumière sur une base colorée en rouge plus ou moins foncé, et qui ne tarde pas à présenter une tuméfaction inflammatoire assez vive. Ces granulations sont le plus ordinairement espacées et isolées, mais on en voit aussi quelquefois de plus confluentes. Il est probable que les plaques érodées que nous décrivions tout à l'heure sont, à

l'origine, formées par une agglomération de ces granulations très-petites et très-confluentes, et il est probable que des observations ultérieures nous feront rencontrer des granulations miliaires aiguës absolument confluentes, enveloppant d'emblée l'épiglotte tout entière, absolument comme nous en avons vu envelopper la luette et le voile du palais. Cette confluence s'observe d'ailleurs dans les phthisies laryngées avancées, quand le larynx tout entier ne présente plus qu'une surface mamelonnée, grisâtre, saignante et purulente. Le tort des écrivains dont nous parlions tout à l'heure est d'avoir voulu restreindre la confluence aux tuberculoses secondaires, ou consécutives à la phthisie pulmonaire. Nos études sur la tuberculose miliaire de la gorge ont montré que la confluence des granulations catarrheuses se voit dans les muqueuses des premières voies comme dans le tissu pulmonaire lui-même.

Lorsqu'on suit avec quelque persévérance l'évolution des granulations isolées de l'épiglotte, on ne tarde pas à les voir perdre leur transparence, devenir opaques, se caséifier, et bientôt devenir le centre d'un petit travail de suppuration, qui ne tarde pas à rompre l'épiderme et à rejeter au dehors le petit tubercule caséeux par une sorte d'énucléation. Ce travail d'énucléation semble être un effort favorable de la nature, pouvant amener une réparation partielle. Lorsque l'épiglotte contient un assez grand nombre

de ces granulations superficielles, le travail de caséification et de suppuration s'accompagne d'une tuméfaction inflammatoire des plus douloureuses; mais quand l'épiderme s'ouvre et que l'énucléation commence, le malade éprouve un soulagement véritable. Nous avons vu, dans un cas de phthisie laryngée très-grave (M. K..., employé supérieur d'une des administrations de Paris), jusqu'à deux poussées successives de tubercules miliaires s'énucléer ainsi; l'épiglotte ressemblait alors à une sorte de pomme d'arrosoir, dont chaque trou donnait issue à un produit caséeux et semi-purulent. Après cette phase, accompagnée de douleurs atroces et d'une dysphagie absolue, le malade éprouvait une détente réelle et une période de repos, où l'alimentation redevenait possible. Dans plusieurs autres cas, lesquels ne sont malheureusement pas très-communs, un véritable travail de cicatrisation a pu se produire. L'épiglotte, après avoir énucléé ses granulations, restait comme une sorte de coque, perforée de trous nombreux, puis tout s'affaissait, se comblait, et il restait à la fin un tronçon d'épiglotte, rongée à son bord libre, mais en définitive recouverte d'un tissu cicatriciel. Ces tronçons d'épiglottes tuberculeuses cicatrisées diffèrent assez dans leur aspect des cicatrices laissées par les ulcérations syphilitiques : celles-ci donnent des bords déchiquetés, taillés à l'emporte-pièce. Les bords des cicatrices tuberculeuses sont arrondis, le tronçon est

repelotonné sur lui-même, quoique un peu excavé par places, et sa surface présente, avec quelques tractus cicatriciels blancs, une couleur rouge plus ou moins foncé, avec demi-transparence de l'organe, de sorte qu'il ressemble beaucoup à la surface cicatricielle que présente le bord gingival des personnes qui ont perdu leurs dents à la suite d'un ramollissement chronique des gencives. Cette dernière comparaison nous paraît très-exacte.

Si la cicatrisation semble se produire dans un certain nombre de cas sur l'épiglotte, il ne s'ensuit pas que la maladie cesse de marcher dans les autres parties du larynx, non moins que dans les poumons. Sur les bandes ventriculaires, l'infiltration miliaire superficielle peut être également très-visible. Ainsi, chez une fille que nous observions récemment, et qui présentait déjà des signes de tuberculose pulmonaire, nous avons trouvé sur le bord libre de la fausse corde vocale vraie, au point où elle touche à la corde vocale vraie, un petit amas de granulations, si semblables à ce que nous étudions depuis longtemps sur le voile du palais, que nous nous sommes immédiatement récrié à la vue d'une identité de forme si frappante. Nous continuons d'étudier cette jeune femme qui suit en ce moment notre clinique de Lariboisière.

Chez un homme âgé, l'infiltration tuberculeuse d'une seule des bandes ventriculaires a présenté un

autre aspect. Au début, les granulations n'étaient pas à la surface, mais la fausse corde vocale tout entière, avec une partie de la paroi attenante de l'infundibulum laryngien, celle que quelques auteurs appellent la *fosse innominée*, formait une tumeur saillante, bosselée, irrégulière, qui nous donna au premier coup d'œil l'idée d'un cancer. Toutefois, l'examen de la poitrine modifia nos idées, car des signes de tuberculose assez manifestes nous auraient forcé d'admettre un de ces cas rares où la coïncidence des deux diathèses a pu se rencontrer. Bientôt la lésion laryngienne elle-même ne nous laissa plus de doute, car au bout de quelque temps elle se vida spontanément, et la tumeur s'affaissa. Ce n'était pas cependant un abcès simple, car la paroi de l'infundibulum nous montra alors un grand nombre de petites granulations tuberculeuses, les unes transparentes, les autres caséifiées, qui depuis cette époque ont continué à s'énucléer et à reparaître par poussées successives. Les parties profondes du larynx se sont prises de plus en plus, et les sommets pulmonaires de même. L'affection tuberculeuse marcha ici sans rémission.

Dans un autre cas, heureusement plus favorable, chez une jeune fille que nous avons depuis plusieurs mois au numéro 4 de la salle Sainte-Marie à Lariboisière, l'infiltration des cordes vocales supérieures a présenté une forme un peu différente. Ces deux bandes muqueuses, sans former de tumeurs véritables,

étaient cependant assez volumineuses pour masquer entièrement les cordes vraies, à la façon de deux rideaux rouges recouvrant les rideaux blancs d'une fenêtre ; on ne pouvait apercevoir les cordes vocales, encore blanches d'ailleurs, que dans les grandes inspirations. Mais ce n'était pas seulement la rougeur et le gonflement qui étaient ici à noter, c'était une certaine turgescence donnant l'aspect d'un corps solide, comme le seraient des gencives un peu scorbutiques, ou l'épiglotte elle-même dans les cas d'infiltration que nous avons signalés plus haut. Ces bandes ventriculaires nous ont présenté de nombreuses vicissitudes. Tantôt très-tuméfiées, au point de produire des menaces de suffocation, elles se compliquaient d'un œdème des aryténoïdes, œdème transparent, analogue au chémosis de la conjonctive, qui nous faisait songer à la trachéotomie. L'acide chromique, toutefois, avait raison en quelques jours de ces œdèmes menaçants. Tantôt, au contraire, les bords des bandes ventriculaires se frangeaient et présentaient un aspect analogue aux épiglottes farcies de granulations miliaires dont nous avons parlé. Après plusieurs phases douloureuses, ces replis muqueux semblent avoir énucléé leurs granulations caséiformes, et tout rentre en ce moment dans l'ordre, au point que le larynx reprend l'aspect d'un larynx presque normal. Disons tout de suite que ce résultat semble avoir été obtenu surtout par l'emploi de la glycérine morphinée, qui

semble ici, comme pour la tuberculose miliaire du voile du palais, être le topique le plus approprié. Quand nous employions les caustiques, l'état local a été beaucoup moins favorable.

Enfin, il existait chez cette même jeune fille une autre lésion très-commune chez les sujets atteints de phthisie laryngée et que l'on rencontre souvent de très-bonne heure chez ceux qui sont prédestinés à cette affreuse maladie. Je veux parler d'une petite tumeur verruqueuse, développée sur la commissure interaryténoïdienne, et présentant la forme d'une petite pyramide dont la pointe était dirigée vers le centre de la glotte. Nous avons eu bien souvent l'occasion de voir de ces tumeurs verruqueuses de formes différentes, et le les attaquer successivement par tous les topiques, depuis les plus bénins jusqu'aux plus énergiques, depuis l'iode ou le nitrate d'argent en solution faible jusqu'à l'acide chromique au quart. Jamais nous n'avons pu les détruire chez les phthisiques, ni en obtenir la résolution ; chez notre jeune fille, la petite pyramide a commencé à s'améliorer sous l'influence de la glycérine morphinée, et elle semble actuellement s'être vidée entièrement en même temps que les granulations des bandes ventriculaires. Malheureusement, l'état pulmonaire reste grave, malgré l'amélioration incontestable du larynx.

Les petites verrues de la commissure que nous venons de mentionner sont probablement aussi dues à

des amas d'éléments tuberculeux au-dessous de la muqueuse. Nous n'en avons pas encore la démonstration histologique, mais nous ne tarderons sans doute pas à l'avoir. C'est d'ailleurs en cette région que Rokitansky a le premier signalé la fréquence des granulations miliaires du larynx, et bon nombre de laryngoscopistes inclinèrent à croire que l'*aspect velvétique* de la commissure était dû à un développement de granulations grises, et devait être considéré comme un signe prémonitoire annonçant la phthisie laryngée. Nous avons eu de nombreuses preuves cliniques qu'il ne fallait pas porter un pronostic absolu sur cette simple apparence. Depuis longtemps, nous distinguons dans nos cliniques l'*aspect velvétique vrai*, celui où l'épithélium simule les brins d'un velours d'Utrecht, lésion qui appartient en propre à l'herpéto-arthritisme, et l'aspect *verruqueux*, celui qui est constitué par de petites papilles déjà plus volumineuses, quelquefois fungiformes comme les papilles de la langue. Ces papilles verruqueuses sont celles de la tuberculose. Mais les verrues véritables avec soulèvement de la muqueuse elle-même, dont nous parlions plus haut, nous paraissent être des amas de matière tuberculeuse déjà interstitiels, et aboutissent plus tard à des lésions plus profondes, des œdèmes sous-muqueux et des périchondrites véritables.

Bornons-nous aujourd'hui à ces notions nouvelles. Nous savions déjà, notamment par une communica-

tion faite l'an dernier, à la *Société de Biologie*, par M. J. Renaut, que les lésions tuberculeuses du larynx, loin de se limiter à la commissure interaryténoïdienne, ou au bord de l'épiglotte, frappaient indistinctement toutes les parties du larynx. Nous le savions par l'anatomie pathologique. Nous avons essayé de montrer, dans les lignes précédentes, que ces mêmes lésions tuberculeuses peuvent être reconnues au laryngoscope, du vivant du malade, et qu'avec un œil exercé on pouvait même reconnaître leurs différentes phases, depuis la granulation grise, transparente, jusqu'à la granulation caséifiée que la suppuration élimine, et même jusqu'à la réparation partielle, à la cicatrisation de ces lésions locales, que l'on peut obtenir dans quelques cas, malgré la nature du produit morbide qui les constitue, malgré la gravité des lésions pulmonaires et de l'état général qui les accompagne.

CANCER INTRINSÈQUE DU LARYNX[1]

M. G..., âgé de quarante-huit ans, exerçant la profession d'avoué, et marié, est fils d'une mère morte il y a environ vingt ans d'un carcinome utérin. Son père vient de mourir à l'âge de soixante-quinze ans d'un ramollissement cérébral. M. G... avait, paraît-il, été traité autrefois pour une syphilis prise à l'âge de vingt ans ; mais d'après les renseignements donnés par le malade, il paraît certain qu'il ne s'est pas agi d'une affection constitutionnelle, mais plutôt de chancres non infectants. Depuis l'âge de trente-deux ans, le malade a été atteint d'un psoriasis considérable siégeant surtout aux coudes et aux genoux, lequel a présenté des alternatives d'exacerbation et d'amélioration, mais dont il a presque

[1] En collaboration avec le Dr Ernest Lafont (de Bayonne).

toujours porté les traces. Cette maladie a nécessité divers traitements, sulfureux, arsenicaux, iodurés, et plusieurs cures thermales à Luchon et à Cauterets, mais sans grands résultats. Avant l'éclosion de ce psoriasis, M. G... avait été sujet à des gastralgies intenses qui s'amendèrent beaucoup par la suite. L'élément dartreux ou arthritique paraît être ici seul en cause, et n'avoir aucun rapport avec des accidents spécifiques attribuables à la prétendue syphilis qui aurait existé antérieurement.

Dans le courant du mois de juillet 1873, M. G... commença à s'apercevoir que sa voix devenait de temps en temps très-rauque et même s'éteignait à la suite des fatigues qu'occasionnait l'usage prolongé de la parole, exigé par sa profession. En outre, le malade fumait beaucoup la cigarette. Au mois d'août, la voix était presque constamment rauque. Ce fut alors qu'il vint consulter le docteur Lafont. « L'examen laryngoscopique, dit ce médecin, dénotait une rougeur vive de l'épiglotte et de l'entrée de la glotte. La corde vocale gauche était rouge et tuméfiée, tandis que la droite participait à peine à cette lésion, mais elle avait comme l'autre perdu son aspect nacré. Je conseillai de l'eau de goudron, de l'érysimum, des révulsifs (badigeonnage d'iode au-devant du larynx, bains de pieds sinapisés) et enfin une saison à Cauterets. Quand le malade partit pour cette station thermale, la voix était presque complétement

éteinte, mais il émettait encore quelques sons rauques. A Cauterets, M. G... fut soumis à l'usage des bains, des eaux de la Rallière en boisson, et aux pulvérisations d'eau de César.

« A la fin du mois de septembre, M. G... revint de Cauterets sans la moindre amélioration, et revint tout à fait aphone. Il n'accusait cependant aucune douleur, ni à l'intérieur ni à l'extérieur, lorsqu'on pressait entre les doigts les cartilages laryngiens. L'examen laryngoscopique fit voir la corde vocale gauche toujours tuméfiée d'un rouge lie de vin au-dessus des cordes vocales. Le gonflement œdémateux était produit par de petits mamelons au nombre de trois ou quatre de chaque côté. L'épiglotte était un peu moins tuméfiée et moins rouge qu'auparavant. En outre, au retour de Cauterets, le *psoriasis s'était amendé d'une façon très-notable*, et la peau présentait à peine quelques traces de cette ancienne affection. Un traitement institué par le médecin des eaux, et consistant en pulvérisations d'eau de goudron, goudron à l'intérieur, sirop de salsepareille ioduré, solution arsenicale à l'intérieur, etc., fut encore suivi quelque temps sans grande amélioration, car le malade restait toujours aphone.

C'est à la fin du mois de novembre que je commençai à avoir des doutes sur la nature de cette maladie. La tuméfaction du côté gauche avait augmenté de façon à me faire craindre une affection organique.

C'est alors également que je remarquai d'une façon très-nette la déviation de l'ouverture de la glotte qui était déjetée à droite et irrégulière. Tout le larynx avait du reste une coloration rouge foncé. Pendant l'émission des sons, la corde vocale gauche restait complétement immobile; la droite seule avait quelques mouvements peu appréciables. En outre, l'inspiration commençait à être un peu gênée, le cornage existait, mais à un degré assez faible. Je me décidai alors à employer des attouchements avec la teinture d'iode au 1/3, puis avec une solution de sulfate de cuivre au 15ᵉ. Après une amélioration passagère, qui sembla résulter de ces cautérisations, les symptômes locaux continuèrent à s'aggraver. Les mamelons que j'ai signalés persistaient, et les cordes vocales ne reprenaient point leur aspect nacré ordinaire.

« Dans les premiers jours de janvier 1874, les cautérisations furent faites avec une solution de nitrate d'argent au 1/25ᵉ. On obtint, par ce nouveau topique, un peu de diminution de la rougeur et de la tuméfaction, et quelques sons rauques purent être émis, mais l'amélioration se borna là.

« Pendant tout ce temps la santé générale était assez bonne. M. G... vaquait à ses occupations dans son bureau, mais il n'allait plus au tribunal. Il mangeait avec appétit, et sortait chaque fois que le temps le lui permettait.

« Au commencement de février, une poussée con-

sidérable de psoriasis commença à se manifester sur le tégument externe, une quantité de plaques psoriasiques constellèrent la peau de toutes les parties du corps. En même temps apparut une dyspepsie assez intense. On cessa le goudron, les préparations iodurées, les cautérisations. L'eau de Vichy (source de l'Hôpital) fut ordonnée. Durant tout le mois de février, l'émission des sons devint de plus en plus rare, et au commencement de mars, M. G... était de nouveau presque complétement aphone. Cependant, malgré l'absence de timbre, lorsqu'il parlait, on l'entendait plus facilement que trois ou quatre mois auparavant. Les symptômes gastriques s'amendèrent, mais le psoriasis était toujours très-confluent. Vers le 10 mars, l'inspiration devint un peu plus difficile et bruyante par moments. Le cornage avait beaucoup augmenté et s'entendait à distance quand on se trouvait dans la pièce à côté de celle où se tenait le malade. Je fus même une fois appelé dans la nuit par suite de la gêne respiratoire. Le malade se réveillait souvent en sursaut avec une sensation bizarre : il s'imaginait que *quelqu'un cherchait à l'étouffer* en lui pressant le cou. C'est là un fait qu'il m'a répété à plusieurs reprises. J'avais, dès le mois de février, prévenu son frère de la gravité que me paraissait avoir la maladie, et j'avais dit que je craignais une affection organique du larynx : ces derniers symptômes me confirmaient dans cette idée. Au laryngo-

scope, la tuméfaction avait augmenté, et j'apercevais sur la tumeur des bosselures bien manifestes, de plus la glotte était tout à fait déjetée à droite. A l'auscultation des poumons, la respiration était normale, plus faible toutefois sur la clavicule droite ; à la percussion, il y avait aussi un peu moins d'élasticité sous le doigt dans la même région.

« Tous ces symptômes me faisaient donc craindre une affection organique; mais n'ayant point une foi entière dans mes connaissances laryngoscopiques, je lui parlai d'un voyage à Paris. Je me disais que si mon diagnostic était erroné, et que ce fût soit un abcès, soit une tumeur sur laquelle on pût agir, il était nécessaire d'avoir affaire à un homme plus compétent que moi en pareille matière. Je l'adressai donc à M. le docteur Isambert, sous la direction duquel j'avais fait mes premières investigations laryngoscopiques à l'hôpital de la Charité à Paris. »

M. G... partit pour Paris le 29 mars 1874. A son arrivée, M. Isambert trouva une tumeur rouge, tendue, comme œdémateuse (probablement sous l'influence du voyage), sur la corde vocale droite, la fente glottique oblique et rejetée à gauche, et la corde vocale droite présentant une rougeur chronique. Il réserva son diagnostic quelques jours, admettant la possibilité d'un abcès, mais voulant voir avant tout ce que le larynx deviendrait sous l'influence du repos et de quelques attouchements avec la mor-

phine, puis avec un styptique. Au bout de deux ou trois séances, la tuméfaction inflammatoire disparut : les bosselures de la tumeur, sa lividité, devinrent plus apparentes, et bientôt on reconnut une ulcération anfractueuse et d'aspect lardacé, occupant le bord libre de la corde vocale au-dessous de la tumeur bosselée. Le doute n'était plus possible et, après avoir étudié quelques jours la marche de la maladie, M. Isambert renvoyait M. G.... dans son pays avec quelques bonnes paroles, mais en prévenant immédiatement le docteur Lafont de la gravité du pronostic résultant du diagnostic suivant : *cancer intra-laryngien de forme squirrheuse*. Il prévoyait que la marche serait probablement rapide, et discutait d'avance l'opportunité d'une trachéotomie, pour la déconseiller comme étant une opération sans avenir, à moins que quelque raison d'ordre moral, la nécessité de mettre ordre à ses affaires, de dicter un testament, etc., ne rendît nécessaire la prolongation des jours du malade. Malheureusement, ces prévisions devaient se réaliser dans un délai encore plus court que nous ne le pensions l'un et l'autre.

M. G.... revint à Bayonne le 19 avril. Dans l'espoir d'atténuer la dyspnée, on lui fit des frictions sur les cuisses avec l'huile de croton, et on lui fit prendre quelques bains de vapeur, mais le mal alla en s'aggravant. Le cornage ne fit qu'augmenter sans laisser un instant de répit. Les nuits se passaient

sans sommeil : à peine était-il endormi qu'il était réveillé brusquement par ce cauchemar qui lui faisait croire que quelqu'un l'étranglait. Il lui devint impossible de se coucher. « Le 24 avril, ajoute le docteur Lafont, je me trouvai dans la dure nécessité de prévenir la famille de l'issue fatale et de proposer la trachéotomie. J'eus une consultation avec deux de mes confrères de Bayonne, et je leur fis part de la lettre du docteur Isambert et de l'avis qu'il y émettait sur l'opportunité de l'opération. Je fis venir la famille; toutes les affaires avaient été réglées par le malade : testament, succession de l'étude, etc. Malgré cela, navré de voir cet homme mourir dans la plénitude de ses forces, je proposai encore l'opération; mais devant l'assurance que ce n'était point une opération curative, mais simplement palliative, elle fut refusée. Alors commença une agonie terrible, telle que celle des enfants atteints de croup. Le 24 au soir, la respiration était atrocement gênée, le cornage avait atteint une grande intensité; le malade était couvert d'une sueur froide et visqueuse, et il était en proie à une anxiété des plus pénibles : il se levait, s'asseyait, se couchait; son intelligence était entière. Toute la journée du 25 se passa ainsi. Vers minuit, le 26 il y eut un peu plus de calme. Nous pûmes coucher le malade sur son lit, et il y resta jusqu'à 4 heures du matin, heure à laquelle il mourut. Je n'ai jamais assisté à une scène aussi pé-

nible. J'ajouterai qu'à aucun moment de la maladie je n'ai noté de la dysphagie, non plus que la moindre hémorrhagie. »

L'autopsie n'a malheureusement pas été faite, comme il arrive pour les malades de la clientèle civile. Cependant le diagnostic *cancer* ne peut être douteux, et l'aspect anfractueux de la tumeur, son développement intra-laryngien, la rapidité de l'asphyxie finale, font de cette observation un des types les plus nets de la forme que nous avons décrite dans notre dernier numéro, sous le titre de *cancer intralaryngien* squirrheux (V. *Annales*, 1876, p. 7 et 8). Notons aussi que ce cancer était unique, qu'il s'était d'emblée développé dans la glotte même, et qu'enfin il coïncidait avec une diathèse herpéto-arthritique invétérée (V. aussi *loco citato*, p. 19).

CANCER DE L'ŒSOPHAGE ET DU LARYNX

OBSERVATION. — AUTOPSIE [1].

Le 16 mars 1875, je suis appelé en toute hâte, pour une hémorrhagie grave, auprès de M. L..., propriétaire à Chambly, dont je ne suis pas le médecin habituel. Cependant, il y a trois ans, j'ai eu l'occasion déjà de lui donner des soins à propos de deux accès de goutte des mieux caractérisés. A cette époque, il me raconta qu'étant liquoriste à Paris, il avait eu plusieurs pneumonies et plusieurs attaques de rhumatisme non généralisé qui, d'ailleurs, ont laissé le cœur intact. Mon opinion est qu'il était déjà goutteux dans ce temps-là.

Aujourd'hui, c'est un homme de cinquante-cinq ans. Depuis six mois il a perdu notablement de son

[1] Par M. le Dr Bailly, de Chambly (Oise). Remarques sur cette observation, par le Dr Isambert.

embonpoint; il a éprouvé une difficulté de déglutition qui est allée en augmentant de jour en jour. Souvent, pendant le repas, il s'est vu obligé de se lever brusquement, et de faire des efforts considérables pour avaler, efforts pendant lesquels il pensait étouffer. En même temps s'est développée à gauche du larynx, au niveau du cartilage thyroïde, une petite tumeur qui a grossi progressivement et atteint les dimensions d'une noix, qu'elle présente aujourd'hui.

Son médecin, sans porter de diagnostic, a prescrit des applications de teinture d'iode sur la région antérieure du cou et les Eaux-Bonnes; en présence d'une première hémorrhagie légère qui s'est produite il y a quelques jours, il a déclaré qu'il y avait une rupture de vaisseau dans le larynx (?).

Quoi qu'il en soit, j'examine le malade :

La face est amaigrie; de rouge qu'elle était, elle est devenue pâle, d'un jaune terreux; les traits sont tirés; l'émaciation générale est très-marquée; elle me paraît tenir à la fois à l'affection elle-même du malade et à l'insuffisance de l'alimentation depuis plusieurs mois.

Il rend par la bouche, sans toux et seulement par quelques efforts d'expulsion, un sang rouge vermeil, fluide, à peine aéré; la quantité s'en élève environ à

trois quarts de litre. Je prie le malade d'avaler quelques gouttes d'eau fraîche; il le fait avec difficulté et, au moment de la déglutition, j'entends un gargouillement prononcé. Je songe à pratiquer le cathétérisme œsophagien, mais il est à peu près impossible même avec les sondes du plus petit calibre; cette difficulté du cathétérisme se rattache d'une part au rétrécissement de l'œsophage et de l'autre à la dyspnée éprouvée par le malade pendant l'opération.

Au toucher, la portion droite du larynx ne présente rien de particulier; la portion gauche, au contraire, est le siége d'une tumeur arrondie, de la grosseur d'une noix, immobile et paraissant fixée au cartilage thyroïde; elle est dure, indolore, sans adhésence à la peau restée absolument saine; quand on la saisit pour la rendre mobile, elle semble faire corps d'un côté avec le larynx et de l'autre avec une seconde tumeur plus profonde et qui paraît appartenir à la partie antérieure de l'œsophage; toute cette masse est soulevée d'un bloc pendant l'acte de la déglutition.

La voix a conservé son timbre habituel; elle est seulement un peu affaiblie.

En présence de ces symptômes, j'affirme que nous avons affaire à un rétrécissement de l'œsophage causé par une tumeur ulcérée et qui est actuellement extra-laryngienne; eu égard à l'amaigrissement et à l'état cachectique du malade, je crains que

cette tumeur ne soit de mauvaise nature et je porte un pronostic grave.

Je prescris au point de vue de l'hémorrhagie des applications d'eau froide autour du cou, des sinapismes aux cuisses et aux jambes et une potion au perchlorure de fer.

J'aurais certainement insisté sur la gravité de mon pronostic, si j'avais su alors, comme je l'ai appris depuis, que le père de M. L.... était mort d'un cancer du pylore et qu'une de ses sœurs souffre en ce moment d'un cancer utérin. Mais déjà la famille, qui avait exigé de moi mon appréciation absolue, laquelle n'était point favorable au malade, indécise, troublée par la divergence des diagnostics portés par mon confrère et par moi, avait résolu d'avoir recours aux lumières des médecins de Paris. Je perdis donc le malade de vue; néanmoins, j'ai pu compléter son histoire, grâce à l'obligeance d'un jeune externe des hôpitaux, neveu du patient, qui conduisit son oncle chez un spécialiste des maladies du larynx, désirant lui-même recueillir *de visu et de auditu* les éléments d'une observation intéressante. L'événement lui a montré que ce praticien (dont nous tairons le nom) avait fait à Paris une triple erreur de diagnostic, de pronostic et de traitement.

De diagnostic, il n'y en eut pas de nettement posé, mais l'idée du cancer a été formellement repoussée; la lésion œsophagienne a été absolument méconnue

ou volontairement négligée. Les examens multipliés au laryngoscope ont donné le résultat suivant :

« La partie droite du larynx est saine; l'aryténoïde gauche est peu mobile, volumineux, recouvert d'une muqueuse rouge, épaissie, boursouflée, tuméfiée. Cette tuméfaction s'étend à la corde vocale supérieure gauche et pénètre dans le ventricule correspondant; elle offre par places une coloration violacée, comparable à celle de la prune recouverte de sa fleur. Toutes ces parties ont un aspect tomenteux, friable. Les mêmes caractères se retrouvent sur la face postérieure de l'aryténoïde gauche, dont le sommet est presque immobile. Les replis aryténo-épiglottiques tranchent sur le reste de la muqueuse par leur coloration d'un blanc mat. »

Le résultat de cet examen était-il de nature à justifier les cautérisations laryngiennes au sel de Boutigny, l'emploi de l'iodure de potassium et surtout les *applications répétées de sangsues à l'anus* qui ont été pratiquées?

Après trois mois de ce traitement, le malade considérablement affaibli revient de Paris avec une teinte cachectique cancéreuse plus marquée et une perte de poids de 58 livres, mais aussi avec l'espoir assuré de la guérison promise.

Pendant son absence, le bruit avait en effet couru que le spécialiste de Paris l'avait complétement

guéri. En réalité, il avalait mieux, mangeait davantage, avec appétit, et faisait partager ses illusions aux personnes qui allaient le voir. Mais à son retour à Chambly, appelé de nouveau près de lui, je pus constater que cette amélioration locale passagère avait une tout autre signification : la tumeur œsophagienne, successivement ramollie, ulcérée et en partie détruite, avait par sa disparition partielle augmenté le calibre physiologique de l'œsophage; mais en même temps que le malade absorbait plus facilement des aliments, il avalait aussi son pus, son sang et des débris cancéreux, et marchait ainsi à plus grands pas vers le terme fatal. L'amaigrissement avait atteint ses dernières limites; il y avait de l'œdème des malléoles; l'infiltration cancéreuse des ganglions cervicaux s'était généralisée rapidement et, chose bizarre à noter, surtout du côté droit, c'est-à-dire du côté opposé à la tumeur.

La voix s'était singulièrement altérée; la parole, quoique encore distinctement perceptible, était très-embarrassée; il y avait du chevrotement, un peu de la voix de polichinelle, mais on ne saurait mieux la comparer qu'à la voix dite *de rogomme* des buveurs de profession.

Enfin le malade mourut le 5 septembre. Je notai pendant les dernières heures de l'agonie un phénomène anormal consistant dans l'exophthalmie de l'œil gauche qui sortit presque à moitié de l'orbite.

Vingt-quatre heures après le décès, et avec le consentement de la famille, j'ai enlevé la pièce pathologique dont voici la description :

Autopsie : le larynx, l'épiglotte et l'œsophage sont sains dans la moitié droite; dans le larynx, les cordes vocales et le ventricule ont été respectés.

La tumeur, d'après les commémoratifs et les explorations faites il y a six mois, a évidemment débuté à la partie supérieure et antérieure de l'œsophage, pour de là s'étendre tardivement à la portion gauche et supérieure du larynx.

A la face latérale gauche externe et supérieure du cartilage thyroïde se trouve une tumeur de la grosseur d'une noix, qui ne fait pas corps avec la tumeur principale, laquelle en est séparée par du tissu cellulaire induré ou condensé, et paraît être un ganglion dégénéré. A la coupe, le tissu dur et lardacé crie sous le scalpel; le raclage à la surface de cette coupe permet de recueillir une matière semi-liquide et trouble qui a l'aspect du suc cancéreux.

L'œsophage est le siége d'une ulcération profonde, déchiquetée, taillée pour ainsi dire dans la tumeur qui s'est détruite en partie; ces débris de la tumeur, qui présentent les caractères du ganglion précédemment décrit, occupent la paroi antérieure et la face latérale gauche de l'œsophage dans une hauteur de 9 centimètres. Cette tumeur proéminente en dehors

de l'œsophage est en rapport direct avec la carotide restée saine; de la partie antérieure et supérieure de l'œsophage elle gagne le cartilage aryténoïde, qu'elle transforme en une masse irrégulière et indurée, et s'étend jusqu'à la base de l'épiglotte en englobant la corde vocale supérieure, qu'elle refoule en avant dans l'intérieur du larynx; le ventricule gauche disparaît complétement; le repli aryténo-épiglottique gauche est resté intact, ainsi que la corde vocale inférieure du même côté. L'examen histologique de la tumeur n'a pu être fait.

L'observation que l'on vient de lire peut donner lieu à plusieurs remarques, tant au point de vue professionnel qu'à celui de la nosologie spéciale du larynx et à celui de la pathologie générale. On s'étonnera d'abord de voir un spécialiste adonné à la laryngoscopie méconnaître aussi complétement la nature de l'affection à laquelle il avait affaire, et continuer à promettre la guérison, non pas au malade (ce qui est toujours le devoir du médecin), mais à ses parents, et notamment à un élève en médecine, qui est son neveu; on peut s'étonner du traitement suivi (notamment des applications répétées de sangsues à l'anus), du peu de préoccupation qu'ont inspiré à ce médecin le gargouillement œsophagien, les crachats sanguinolents, et du peu de soin qu'il a mis à rechercher les antécédents de famille, pourtant si dé-

cisifs. Ne voulant pas incriminer davantage sa conduite, qui a dû être consciencieuse, nous nous bornerons à montrer combien cet exemple prouve la nécessité imposée aux spécialistes de ne jamais perdre de vue les notions de la pathologie générale. Nous y voyons aussi une preuve des inconvénients que présentent ces nomenclatures superficielles, encore adoptées par bon nombre de laryngopathologistes, qui continuent à décrire des inflammations partielles de telle ou telle portion du larynx (aryténoïdites, chordites, chorépiglottidites, etc.), ou des apparences pathologiques grossières, telles que des laryngites hypertrophiques, œdémateuses, ulcéreuses, sans chercher à pénétrer plus avant dans la nature véritable de la maladie, par une enquête sévère portée sur tout l'organisme du sujet, sur ses antécédents pathologiques, sur les antécédents de toute sa famille, enquête qui peut seule conduire à un diagnostic complet et à un traitement rationnel.

« Il n'y a pas grande utilité pour le malade, disions-nous dans un article précédent (*An. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1875, p. 285), à dire qu'il a une épiglottite, une aryténoïdite, ou une inflammation localisée à la paroi postérieure. Il y en a beaucoup au contraire à compléter ces diagnostics imparfaits en disant : il y a une épiglottite syphilitique, ou une infiltration inter-aryténoïdienne de nature tuberculeuse. L'idée spécifique qui en résulte est féconde, la localisation

purement anatomique est stérile. » Dans le cas présent, le diagnostic *cancer* était d'autant plus nécessaire à porter longtemps à l'avance, que, s'il laissait le praticien en partie désarmé au point de vue thérapeutique, il le mettait au moins à même de poser à la famille un pronostic certain, et d'échapper ainsi aux récriminations qui ne pouvaient manquer de se produire tôt ou tard. C'est ce que le Dr Bailly avait fort bien su faire, et ce qui a été contesté, d'abord par un premier confrère dont le diagnostic : *ruptures d'un vaisseau dans le larynx*, n'est qu'une vaine tautologie, appliquée à un cas d'hémorrhagie; ensuite par le spécialiste auquel ses examens laryngoscopiques n'avaient pas fait soupçonner ce que les simples lumières de la pathologie ordinaire avaient fait reconnaître à notre distingué confrère.

Au point de vue de la pathologie générale, je veux surtout insister sur la coïncidence qui a eu lieu chez le sujet de cette observation entre l'existence d'une goutte ancienne, et celle d'une tumeur cancéreuse terminale. Nous avons eu l'occasion de citer déjà cette coïncidence dans nos cliniques, dans notre travail sur l'herpéto-arthritisme de la gorge (*Annales*, 1875, p. 208) et dans notre dernier article sur le cancer laryngien (*Ibidem*, 1876, p. 18 et 19).

TABLE DES MATIÈRES

LEÇONS

PREMIÈRE ET DEUXIÈME LEÇON

OBJET DU COURS. — IMAGE LARYNGIENNE. — MODE OPÉRATOIRE. INSTRUMENTS.

TROISIÈME LEÇON

CLASSIFICATION DES MALADIES DU LARYNX ET DU PHARYNX.

QUATRIÈME LEÇON

DES LARYNGITES CATARRHALES.

CINQUIÈME LEÇON

ANGINE GLANDULEUSE OU FOLLICULEUSE. — ACNÉ DU PHARYNX.

SIXIÈME ET SEPTIÈME LEÇON

SYPHILIS PHARYNGO-LARYNGÉE.

HUITIÈME LEÇON

DE L'ANGINE SCROFULEUSE (PHARYNGO-LARYNGITE SCROFULEUSE).

IXe, X^e, XIe, XIIe ET XIIIe LEÇON

DE LA PHTHISIE LARYNGÉE.

QUATORZIÈME LEÇON

DE LA TUBERCULOSE MILIAIRE AIGUË PHARYNGO-LARYNGÉE.

QUINZIÈME LEÇON

CANCER LARYNGÉ.

SEIZIÈME LEÇON

POLYPES DU LARYNX.

MÉMOIRES